



FORÇAS FAMILIARES

Contributos para a Enfermagem de Saúde Familiar

Carla Sofia dos Reis Amado

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem
de Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

Professor orientador: Professor Doutor João Frade

Professora coorientadora: Professora Doutora Carolina Henriques

Leiria, abril de 2026



Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor João Frade e coorientação da Professora Doutora Carolina Henriques, Professores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, abril de 2026

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as famílias que inspiram a minha prática e, em particular, à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo amor, apoio e paciência ao longo deste percurso. Sou profundamente grata a cada um de vocês.

Às minhas filhas, que acolheram cada ausência com amor e cada cansaço com um abraço, mesmo quando o meu tempo para elas faltou.

Aos professores João Frade e Carolina Henriques, pela orientação, disponibilidade e pelos contributos fundamentais. As suas reflexões foram essenciais para o meu desenvolvimento académico e profissional.

À enfermeira orientadora, pelo acompanhamento ao longo dos estágios, pela disponibilidade, partilha de saberes, confiança depositada e amizade. O seu apoio foi fundamental para o meu crescimento profissional e para a concretização deste trabalho.

À equipa que me acolheu, pela forma calorosa como me recebeu, pelo espírito de colaboração e pela partilha generosa de saberes que tanto contribuíram para a minha aprendizagem.

Aos amigos e conhecidos que, com um sorriso, uma palavra amiga ou um gesto de incentivo, foram dando força ao longo deste percurso. O vosso apoio fez a diferença em muitos momentos.

À minha equipa de trabalho, pela compreensão, apoio e incentivo nos momentos em que o tempo se tornou escasso. A vossa disponibilidade permitiu-me conciliar este percurso académico com a prática profissional.

Aos colegas da turma do mestrado, pela energia, dedicação e espírito de união que tornaram esta caminhada mais leve e inspiradora.

Ao “Quinteto Fantástico”, colegas de curso e amigas para sempre, pela amizade, entreaajuda e companheirismo em todas as etapas deste caminho. Este percurso tornou-se mais bonito convosco.

RESUMO

O presente relatório descreve o percurso formativo realizado ao longo do mestrado, evidenciando o desenvolvimento de competências especializadas que sustentam a prática de enfermagem centrada na família enquanto unidade de cuidados, em contexto de cuidados de saúde primários, numa unidade de saúde familiar.

A prática clínica desenvolvida assentou numa perspetiva sistémica, sustentada por referenciais teóricos e modelos de enfermagem que apoiaram a avaliação da família e a construção de intervenções ajustadas às suas necessidades, recursos e potencialidades. Ao longo dos estágios, foram desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, mobilizadas através do processo de enfermagem aplicado à família, nomeadamente na avaliação das suas diferentes dimensões, na formulação de juízos clínicos, no planeamento, implementação e monitorização de cuidados em parceria com a família. Paralelamente, foram aprofundadas competências nos domínios da ética, da qualidade, da gestão dos cuidados, da formação e da prática baseada na evidência.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional sobre as forças familiares na população residente em Portugal, com o objetivo de analisar os níveis de forças familiares percecionadas e a sua relação com variáveis estruturais, desenvolvimentais e funcionais do sistema familiar, recorrendo-se ao Questionário de Forças Familiares (QFF), instrumento validado para a população portuguesa, que avalia recursos familiares associados à organização familiar, às crenças partilhadas, ao suporte familiar e à expressão de emoções positivas no contexto da família. Os resultados evidenciaram níveis globalmente elevados de forças familiares e diferenças estatisticamente significativas em função da etapa do ciclo vital, da existência de filhos e da posição geracional, sugerindo que a perceção das forças familiares varia de acordo com o momento desenvolvimental da família, com a presença de filhos e a posição dos seus membros no sistema familiar. Em contrapartida, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função da tipologia familiar. Verificou-se ainda uma associação positiva entre os resultados do QFF e a satisfação com a funcionalidade familiar, bem como entre os resultados do QFF e a satisfação com a família.

Estes achados reforçam a relevância das forças familiares enquanto recurso clínico e indicador do funcionamento familiar, evidenciando o seu contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar ao sustentar a avaliação da família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional e o planeamento de intervenções centradas nas suas potencialidades, recursos e processos adaptativos, favorecendo a obtenção de ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Família; Relações Familiares; Enfermagem Familiar; Competência Clínica.

ABSTRACT

This report describes the educational journey undertaken during the master's degree, highlighting the development of specialized competencies that underpin family-centered nursing practice within a primary care setting at a Family Health Unit.

The clinical practice developed was based on a systemic perspective, supported by theoretical frameworks and nursing models that facilitated the family assessment and the design of interventions tailored to their needs, resources, and potential. Throughout the internships, common competencies of the specialist nurse and specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing were developed, mobilized through the nursing process applied to the family, namely in the assessment of its different dimensions, in the formulation of clinical judgments, and in the planning, implementation, and monitoring of care in partnership with the family. Concurrently, competencies were deepened in the domains of ethics, quality, care management, education, and evidence-based practice.

A quantitative, cross-sectional, and descriptive-correlational study was conducted on family strengths among the resident population in Portugal, with the aim of analysing the levels of perceived family strengths and their relationship with structural, developmental, and functional variables of the family system, using the Family Strengths Questionnaire (QFF), a validated instrument for the Portuguese population, which assesses family resources related to family organization, shared beliefs, family support, and the expression of positive emotions within the family context. The results showed overall high levels of family strengths and statistically significant differences according to the family life cycle stage, the presence of children, and generational position, suggesting that perceptions of family strengths vary according to the family's developmental stage, the presence of children, and the position of family members within the family system. In contrast, no statistically significant differences were observed based on family typology. A positive association was also found between QFF scores and satisfaction with family functioning, as well as between QFF scores and satisfaction with the family.

These findings underscore the importance of family strengths as a clinical resource and an indicator of family functioning, highlighting their contribution to family health nursing by supporting the assessment of the family in its structural, developmental, and functional dimensions, as well as the planning of interventions focused on its potential, resources, and adaptive processes, fostering the achievement of health gains.

Keywords: Family; Family Relations; Family Nursing; Clinical Competence.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANOVA – *Analysis of Variance*

BICSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CAC – Centro de Atendimento Complementar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ICFH – *International Congress of Family Health*

IDG – Índice de Desempenho Global

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQR – Intervalo Interquartil

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Programa Nacional de Vacinação

QFF – Questionário de Forças Familiares

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARA – Sistema Automático de Resposta de Atendimento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WMA – *World Medical Association*

ÍNDICE

ÍNDICE FIGURAS -----	xi
ÍNDICE TABELAS -----	xi
ÍNDICE QUADROS -----	xii
ÍNDICE GRÁFICOS -----	xii
INTRODUÇÃO -----	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA -----	15
1.1. Enquadramento da prática de enfermagem de saúde familiar -----	15
1.2. Caracterização do centro de saúde -----	16
1.3. Caracterização da USF -----	17
1.4. Breve caracterização dos utentes da USF -----	19
1.5. Caracterização do ficheiro de utentes -----	21
1.6. Organização e perfil assistencial dos cuidados de enfermagem na USF -----	22
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR -----	29
2.1. Família: conceito e evolução -----	29
2.2. Família como sistema -----	29
2.3. Tipologias familiares -----	31
2.4. Coesão e adaptabilidade familiar -----	32
2.5. Ciclo vital da família -----	32
2.6. Forças familiares e resiliência -----	38
2.7. Enfermagem de família -----	40
2.8. Teorias aplicadas à enfermagem de família -----	41
2.9. Instrumentos de avaliação e intervenção familiar -----	43
3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO ---	47
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista -----	47
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar -----	55

4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	59
4.1. Enquadramento do estudo	59
4.1.1. Formulação do problema	60
4.1.2. Enquadramento teórico e empírico do estudo	60
4.2. Métodos	63
4.2.1. Objetivos	63
4.2.2. Questões de investigação	64
4.2.3. Tipo de estudo	64
4.2.4. População e amostra	64
4.2.5. Hipóteses	65
4.2.6. Variáveis do estudo	66
4.2.7. Instrumento de recolha de dados	68
4.2.8. Procedimentos de recolha de dados	69
4.2.9. Considerações éticas	70
4.2.10. Plano de análise de dados	71
4.3. Apresentação dos Resultados	73
4.3.1. Caracterização da amostra	73
4.3.2. Fiabilidade interna da escala	76
4.3.3. Teste de normalidade	77
4.3.4. Estatísticas descritivas das forças familiares e da satisfação familiar	77
4.3.5. Análise inferencial	79
4.4. Discussão	88
4.4.1. Interpretação dos principais resultados	88
4.4.2. Limitações e pontos fortes do estudo	92
4.4.3. Implicações para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar	93
4.4.4. Recomendações para futuras investigações	94
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	

Apêndice I - Formação Perdas e Luto-----	
Apêndice II - Formação Família como Unidade de Cuidados -----	
Apêndice III - Processo de enfermagem à família -----	
Apêndice IV - Instrumento de recolha de dados-----	
ANEXOS-----	
Anexo I - Comprovativos de participação e apresentação em eventos científicos ----	
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E -----	

ÍNDICE FIGURAS

<i>Figura 1 - Distribuição das inscrições na USF (abril de 2025)-----</i>	<i>20</i>
<i>Figura 2 - Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família -----</i>	<i>44</i>
<i>Figura 3 - Dimensão de Avaliação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar -----</i>	<i>46</i>

ÍNDICE TABELAS

<i>Tabela 1 - Distribuição das famílias por número de pessoas no agregado (abril de 2025) -----</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 2 - Resultados dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na USF (abril de 2025) -----</i>	<i>23</i>
<i>Tabela 3 - Distribuição dos utentes do ficheiro em programas de vigilância (abril de 2025)-----</i>	<i>25</i>
<i>Tabela 4 - Descrição da amostra segundo a idade -----</i>	<i>73</i>
<i>Tabela 5 - Descrição da amostra segundo o género-----</i>	<i>73</i>
<i>Tabela 6 - Descrição da amostra segundo o estado civil -----</i>	<i>73</i>
<i>Tabela 7 - Descrição da amostra segundo a situação laboral-----</i>	<i>74</i>
<i>Tabela 8 - Descrição da amostra segundo o nível de escolaridade -----</i>	<i>74</i>
<i>Tabela 9 - Descrição da amostra segundo a tipologia familiar -----</i>	<i>74</i>
<i>Tabela 10 - Descrição da amostra segundo a existência de filhos -----</i>	<i>75</i>
<i>Tabela 11 - Descrição da amostra segundo o número de filhos e número de filhos a cargo -----</i>	<i>75</i>
<i>Tabela 12 - Consistência interna do QFF no estudo de validação e no presente estudo-----</i>	<i>76</i>
<i>Tabela 13 - Resultados dos testes de normalidade para a variável dependente -----</i>	<i>77</i>
<i>Tabela 14 - Estatísticas descritivas das forças familiares (QFF) e respetivas dimensões -----</i>	<i>78</i>
<i>Tabela 15 - Estatísticas descritivas das variáveis de satisfação familiar -----</i>	<i>78</i>

<i>Tabela 16 - Forças familiares (QFF) segundo a etapa do ciclo vital da família-----</i>	<i>80</i>
<i>Tabela 17 - Comparações múltiplas por pares segundo a etapa do ciclo vital da família-----</i>	<i>81</i>
<i>Tabela 18 - Forças familiares (QFF) segundo tipologia familiar -----</i>	<i>82</i>
<i>Tabela 19 - Forças familiares (QFF) segundo existência de filhos -----</i>	<i>83</i>
<i>Tabela 20 - Forças familiares (QFF) segundo a posição geracional na família-----</i>	<i>84</i>
<i>Tabela 21 - Comparações múltiplas por pares segundo a posição geracional-----</i>	<i>85</i>
<i>Tabela 22 - Correlações de Spearman entre forças familiares e satisfação com a funcionalidade familiar --</i>	<i>86</i>
<i>Tabela 23 - Correlações de Spearman entre forças familiares e satisfação com a família-----</i>	<i>87</i>

ÍNDICE QUADROS

<i>Quadro 1 - Operacionalização das variáveis -----</i>	<i>67</i>
<i>Quadro 2 - Critérios de seleção dos testes estatísticos segundo as variáveis e hipóteses do estudo-----</i>	<i>72</i>

ÍNDICE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 - Distribuição etária por sexo dos utentes do ficheiro (abril de 2025)-----</i>	<i>22</i>
<i>Gráfico 2 - Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no ficheiro de utentes (abril de 2025)-----</i>	<i>26</i>
<i>Gráfico 3 - Intervenções de enfermagem mais frequentes no ficheiro (abril de 2025)-----</i>	<i>27</i>
<i>Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a posição geracional -----</i>	<i>75</i>
<i>Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelas etapas do ciclo vital da família-----</i>	<i>76</i>
<i>Gráfico 6 - Relação entre o score total das forças familiares e a satisfação com a funcionalidade familiar -</i>	<i>86</i>
<i>Gráfico 7 - Relação entre o score total das forças familiares e a satisfação com a família-----</i>	<i>87</i>

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, constituindo um dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre. Este documento visa refletir e evidenciar o percurso formativo desenvolvido ao longo do mestrado, com particular enfoque nos estágios realizados numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região centro de Portugal, bem como na integração progressiva entre o conhecimento teórico, a prática clínica e a prática baseada na evidência, no desenvolvimento das competências inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

A Enfermagem de Saúde Familiar assume particular relevância na promoção da saúde e bem-estar das famílias, reconhecendo-as como unidades dinâmicas e interdependentes, que vivenciam transições e enfrentam desafios ao longo do ciclo vital. Neste âmbito, esta área de especialização capacita o enfermeiro para compreender a família como um sistema de relações, significados e interações, em que cada membro influencia e é influenciado pelos restantes (Relvas, 2006). A intervenção do enfermeiro especialista não se restringe, assim, ao indivíduo, mas alarga-se à rede de relações familiares e comunitárias, numa perspetiva de cuidado integral, contínuo e relacional (Wright & Leahey, 2011).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEESF deve deter competências que lhe permitam promover a saúde e prevenir a doença e capacitar as famílias para a gestão autónoma do seu processo de saúde (OE, 2018). Estas competências sustentam-se numa prática ética, reflexiva e cientificamente fundamentada, orientada para a tomada de decisão responsável, para o trabalho interdisciplinar e para a valorização das forças e potencialidades das famílias, com vista à obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018).

Os ensinamentos clínicos constituíram contextos privilegiados de articulação entre a teoria e a prática, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico, de competências clínicas avançadas e de intervenções centradas na família (Escola Superior de Saúde de Leiria, 2025). A experiência vivida permitiu o contacto direto com famílias em diferentes fases do ciclo vital, confrontadas com múltiplos desafios, bem como a integração numa equipa multidisciplinar orientada para a proximidade, a acessibilidade e a continuidade dos cuidados.

Numa fase inicial, o percurso formativo centrou-se na aproximação à prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, através da observação do contexto institucional, das dinâmicas de equipa e das práticas de enfermagem desenvolvidas junto das famílias. Esta etapa permitiu aprofundar a compreensão dos referenciais teóricos, normativos e organizacionais que orientam a atuação do EEESF.

Posteriormente, o percurso evoluiu para uma fase de maior aprofundamento do processo de avaliação e intervenção familiar, através da aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (Wright & Leahey, 2011). Este modelo, amplamente utilizado na prática de enfermagem familiar, oferece uma estrutura conceptual e prática para compreender a família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. A sua aplicação em contexto clínico favoreceu uma abordagem sistemática e centrada nas forças da família, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e de tomada de decisão.

Na fase final deste percurso formativo, a prática clínica especializada articulou-se com a componente de investigação em enfermagem, centrada na compreensão das forças da família. A escolha deste tema decorreu da necessidade de reconhecer e valorizar os recursos internos e externos que permitem às famílias manter o equilíbrio, a coesão e a capacidade adaptativa perante os desafios que enfrentam. Segundo Gottlieb (2016), as forças familiares constituem a base de uma abordagem de cuidados orientada para a capacitação e para o

fortalecimento das relações, promovendo a autonomia e a esperança. Neste sentido, o estudo das forças familiares assume-se como um contributo relevante para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas nas potencialidades da família, sustentando uma visão positiva, colaborativa e capacitadora do cuidado em Enfermagem de Saúde Familiar.

O presente relatório encontra-se estruturado de forma a refletir a coerência e progressão deste percurso formativo. No primeiro capítulo descreve o contexto da prática clínica, incluindo a caracterização da USF e do ficheiro de utentes da enfermeira orientadora; o segundo capítulo desenvolve a fundamentação teórica, que sustenta a prática especializada; o terceiro capítulo evidencia as competências profissionais adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso; o quarto capítulo integra a componente de investigação sobre as forças da família, enquadrada nos princípios da prática baseada na evidência; e, por fim, o relatório termina com as conclusões gerais, nas quais se destacam as aprendizagens, contributos e implicações para o exercício profissional da Enfermagem de Saúde Familiar.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A contextualização da prática clínica é essencial para compreender o ambiente onde se desenvolveram as aprendizagens e competências do EEESF. Foi neste contexto que o percurso formativo possibilitou a articulação entre conhecimento teórico, reflexão crítica e experiência prática, em alinhamento com o Regulamento das Competências Específicas do EEESF (OE, 2018), permitindo a integração progressiva e autónoma das competências necessárias ao exercício da enfermagem especializada.

A prática clínica realizou-se em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), concretamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), ambiente que privilegia a proximidade, a continuidade e a coordenação dos cuidados. Neste cenário, foi possível desenvolver intervenções orientadas para a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e a reabilitação, bem como apoiar as famílias nos seus processos de transição, de acordo com os princípios de acessibilidade, integralidade e continuidade definidos para os CSP (DGS, 2022; Wright & Leahey, 2011).

Este capítulo apresenta um breve enquadramento conceptual e normativo da Enfermagem de Saúde Familiar, bem como a caracterização da unidade de saúde e da população abrangida, oferecendo uma visão clara do contexto onde decorreu a prática clínica.

1.1. Enquadramento da prática de enfermagem de saúde familiar

A prática clínica em enfermagem de saúde familiar decorre maioritariamente no contexto dos CSP, que constituem o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Estes cuidados têm como finalidade promover a saúde, prevenir a doença e assegurar intervenções integradas e contínuas ao longo do ciclo de vida, orientando-se por princípios de acessibilidade, equidade, participação e qualidade (DGS, 2022).

Em Portugal, os CSP são operacionalizados através das Unidades Locais de Saúde (ULS) e das suas unidades funcionais, entre as quais se destacam as USF. Estas integram equipas multiprofissionais e dispõem de autonomia técnica e organizacional, e têm como missão prestar cuidados personalizados à população inscrita (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho).

Neste enquadramento, a qualificação diferenciada dos profissionais assume particular relevância, dado que a complexidade das necessidades familiares exige competências especializadas. O novo regime jurídico das USF (Decreto-Lei n.º 103/2023, 7 de novembro) veio reforçar esta orientação ao estabelecer que os enfermeiros que integram as suas equipas devem deter o título de EEESF, consolidando a centralidade da prática especializada no âmbito dos CSP.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da OE, o EEESF, atua de forma autónoma e responsável junto das famílias e comunidades, promovendo a saúde, prevenindo a doença e capacitando as pessoas para a gestão do seu processo de saúde. A sua intervenção abrange o indivíduo, a família e a comunidade, articulando cuidados personalizados e culturalmente sensíveis e baseados na evidência científica (OE, 2018).

A prática clínica do EEESF enquanto prática especializada, assume um carácter integrador e transformador, unindo ciência, ética e humanismo. Visa promover o bem-estar e o funcionamento saudável das famílias, fortalecendo as suas capacidades, a esperança e a resiliência, numa perspetiva de cuidado centrado nas forças e potencialidades familiares (Gottlieb, 2016). Esta prática concretiza o propósito essencial da enfermagem enquanto ciência do cuidar: apoiar as famílias nos seus processos de transição, promovendo adaptações positivas ao longo do ciclo vital.

1.2. Caraterização do centro de saúde

O Centro de Saúde onde decorreram os estágios constitui uma estrutura organizacional dos CSP, integrada numa ULS da Região Centro de Portugal, entidade criada no âmbito da reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, em 2024, passou a integrar as funções anteriormente desempenhadas pelas Administrações Regionais de Saúde e pelos Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta reestruturação teve como principal objetivo reforçar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, promovendo a continuidade assistencial, a eficiência dos recursos e a qualidade das respostas em saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro).

O Centro de Saúde integra várias unidades funcionais:

- 5 Unidades de Saúde Familiar (USF) – equipas multiprofissionais orientadas para a prestação de cuidados personalizados e de proximidade;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – responsável pela intervenção domiciliária, acompanhamento de doentes crónicos, promoção da saúde e articulação com parceiros comunitários;
- Unidade de Saúde Pública (USP) – que assegura a vigilância epidemiológica e o planeamento de programas de saúde de proximidade;
- Ficheiro 00 – equipa multiprofissional destinada aos utentes sem equipa de saúde familiar atribuída, garantindo resposta assistencial enquanto não ocorre a integração numa USF ou UCSP.

O centro de saúde conta ainda com profissionais das antigas Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), atualmente integradas na ULS, entre os quais se incluem profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, higiene oral e serviço social. Esta composição interdisciplinar permite uma resposta abrangente às necessidades da comunidade, em conformidade com os princípios da reforma dos CSP e com o modelo de cuidados integrados em rede preconizado pelo Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro).

As instalações físicas do Centro de Saúde são partilhadas por diversas unidades funcionais, estando o espaço organizado por secções distintas de modo a garantir a autonomia e a funcionalidade de cada equipa. O edifício dispõe de áreas exclusivas para duas USF, para a USP, para o ficheiro 00 e para a UCC, além de áreas comuns, áreas administrativas, espaços de apoio técnico, sala de esterilização e áreas de descanso. O edifício conta ainda com elevador, assegurando a acessibilidade a utentes com mobilidade reduzida e o cumprimento das normas de segurança.

Presentemente, o edifício encontra-se em fase de intervenção e ampliação, com obras de requalificação destinadas a melhorar as condições estruturais e aumentar a capacidade de resposta das unidades funcionais. Esta intervenção visa criar um ambiente físico mais moderno, funcional e adaptado às exigências atuais dos CSP.

O ambiente físico e organizacional do Centro de Saúde encontra-se adaptado às condições de acessibilidade, segurança e privacidade definidas para utentes e profissionais, favorecendo o desenvolvimento da prática clínica, do ensino clínico e de atividades de investigação em saúde. Estas condições contribuem para um espaço de trabalho seguro, inclusivo e promotor de qualidade nos cuidados prestados em consonância com as orientações estratégicas para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde preconizadas pela DGS (DGS, 2022).

Localizado numa zona urbana do centro do país, o Centro de Saúde insere-se num território caracterizado por diversidade socioeconómica e cultural, onde coexistem áreas urbanas mais densamente povoadas e freguesias

rurais dispersas. Segundo dados dos Censos 2021, o município em que se insere apresenta tendência de envelhecimento populacional, reflexo do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade, aspetos que impõem desafios acrescidos à organização dos cuidados (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

No que respeita aos transportes públicos não ferroviários, a população da área de abrangência do Centro de Saúde é servida por uma rede de transportes públicos, que assegura o transporte coletivo regular entre as diferentes freguesias e a sede do concelho. Paralelamente, existe um serviço urbano de transporte público, bem como um serviço de transporte escolar, garantindo o acesso a infraestruturas educativas e promovendo a mobilidade quotidiana da população, contribuindo para a mobilidade e coesão territorial. A região dispõe ainda de uma estação de caminho-de-ferro, que garante ligações intermunicipais e inter-regionais.

A região dispõe igualmente de uma rede diversificada de recursos de saúde, incluindo o Centro de Saúde, um hospital distrital integrado no Centro Hospitalar da região, bem como por hospitais, clínicas e consultórios privados, farmácias e laboratórios de análises clínicas. Esta rede de serviços, públicos e privados, assegura uma resposta abrangente às necessidades de saúde da população, reforçando a articulação entre os diferentes níveis de cuidados e promovendo a continuidade assistencial e a proximidade aos cidadãos.

A comunidade local beneficia ainda de uma rede consolidada de recursos sociais e comunitários, incluindo instituições particulares de solidariedade social, centros de dia, estruturas residenciais para idosos, serviços de apoio domiciliário e creches, registados na Carta Social (2024). Estes parceiros complementam a intervenção dos CSP, favorecendo a inclusão social e a capacitação das famílias no processo de cuidar (Instituto da Segurança Social, I.P., 2024).

A coordenação das equipas de enfermagem das diferentes unidades funcionais do Centro de Saúde é assegurada por uma enfermeira gestora, nomeada em 2025, responsável pela liderança técnica e organizacional da atividade de enfermagem. Compete-lhe o planeamento, supervisão e avaliação dos cuidados, a articulação entre unidades funcionais, a gestão de recursos e a promoção da formação contínua. O seu papel constitui um elemento estruturante para a coerência dos processos assistenciais e para o desenvolvimento das competências especializadas, em conformidade com os princípios definidos pela OE (OE, 2015).

1.3. Caracterização da USF

A USF onde decorreu o estágio é uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, assente num modelo organizacional multiprofissional que integra enfermeiros, médicos e secretários clínicos. Iniciou a sua atividade em 2016 e integra o edifício-sede do Centro de Saúde onde se encontra inserida.

Missão

A missão primordial da USF é a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados à população inscrita na unidade, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados, sempre com a melhor competência técnico-científica.

Visão

Ser uma USF de referência, na qual cidadãos inscritos e profissionais se sintam satisfeitos, assegurando eficiência e eficácia.

Valores

Qualidade; Responsabilidade; Acessibilidade; Respeito; Transparência e ética; Trabalho em equipa; Satisfação de profissionais e utentes; Disponibilidade; Eficácia.

A USF dispõe de quatro gabinetes de enfermagem e sete gabinetes médicos, um gabinete médico interno de especialidade, uma sala de tratamentos, uma secretaria, salas de espera diferenciadas (adultos e pediátrica), fraldário/cantinho da amamentação e instalações sanitárias para utentes e profissionais. Existem ainda sala de reuniões e sala de refeições, partilhadas com as restantes unidades do edifício.

A estrutura física encontra-se adaptada ao desenvolvimento dos ensinos clínicos, possibilitando a realização de consultas de saúde familiar em gabinetes devidamente equipados e com acesso ao sistema informático SClínico®. O ambiente é calmo e reservado, permitindo a concentração e o tempo necessário para a avaliação de cada família, sem comprometer o normal funcionamento da unidade.

A equipa multidisciplinar integra sete enfermeiros (seis de cuidados gerais e um EEESF), sete médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, três médicos internos e seis secretários clínicos. A coordenação é assegurada por uma médica especialista em Medicina Geral e Familiar.

Esta composição profissional sustenta um modelo organizacional assente em equipas de saúde familiar, cada uma composta por enfermeiro de família, médico de família e secretariado clínico, em conformidade com o princípio de responsabilização por listas de utentes. Este modelo em equipas familiares promove a continuidade dos cuidados e a proximidade com a comunidade, em consonância com o preceituado no artigo 101.º do Código Deontológico da OE (OE, 2015b) que estabelece que o enfermeiro, sendo responsável pela promoção da saúde e pela resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, tem o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que exerce a sua atividade profissional.

Acessibilidade e Circuito do Utente

A acessibilidade constitui um eixo estruturante da qualidade nos CSP e um direito dos utentes (Lei n.º 15/2014, de 21 de março). Nas USF, este princípio assume igualmente carácter contratual, orientando a organização da equipa, a prestação de cuidados e os indicadores de desempenho (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto; Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho).

A USF funciona de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00, assegurando a cobertura das necessidades de saúde da população durante o período laboral. Fora deste horário, as situações agudas são encaminhadas para o Centro de Atendimento Complementar (CAC) do Centro de Saúde, que funciona aos sábados, domingos e feriados, das 9h00 às 13h00 para consulta aguda médica ou cuidados de enfermagem considerados inadiáveis e de realização diária. No restante horário, os utentes são orientados para os serviços de urgência hospitalar, assegurando a resposta a situações de maior gravidade (Unidade de Saúde Familiar [Anonimizada], 2023).

São canais de contacto da unidade:

- Atendimento presencial na receção, das 08h00 às 20h00;
- Linha telefónica fixa, com SARA — Sistema Automático de Resposta de Atendimento, que permite marcações, pedidos de informação e contacto com profissionais.
- Correio eletrónico institucional, utilizado para contactos administrativos e para comunicações não urgentes;
- Portal do Utente / SNS 24 (MySNS), que possibilita agendamento e cancelamento de consultas, renovação de medicação crónica, consulta de resultados e teleconsultas.

A oferta de consulta é diversificada e adaptada às necessidades dos utentes:

- Consultas de doença aguda: marcação no próprio dia, presencial ou telefónica;
- Consultas programadas: consultas de saúde infantil, materna, planeamento familiar, diabetes, hipertensão arterial, rastreios oncológicos e saúde do adulto são marcadas com antecedência;
- Consultas domiciliárias: realizadas mediante solicitação familiar ou decisão clínica, a idosos dependentes e doentes crónicos.

No que concerne ao apoio a minorias linguísticas ou culturais, a USF não dispõe de um serviço permanente de tradução ou mediação cultural. Na prática assistencial, é frequente recorrer-se a familiares para assegurar a interpretação durante as consultas, o que, apesar de útil, pode comprometer a neutralidade e a precisão da comunicação clínica. Importa, contudo, destacar que a unidade tem acesso a um serviço de intérprete agendado da ULS, o qual pode ser mobilizado para situações específicas, embora a necessidade de marcação prévia constitua uma limitação na resposta imediata. Paralelamente, foram produzidos e disponibilizados alguns documentos em língua inglesa, de forma a facilitar a compreensão de utentes estrangeiros. Estas iniciativas, ainda que pontuais e incipientes, representam esforços concretos da equipa no sentido de mitigar barreiras linguísticas e culturais, alinhando-se com as recomendações da DGS relativamente à promoção da equidade e da acessibilidade nos cuidados de saúde (DGS, 2022).

Em termos de acessibilidade digital, o Portal do Utente e a aplicação MySNS constituem ferramentas úteis e de fácil utilização, sobretudo para a população ativa. Contudo, a adesão entre a população idosa é reduzida, em virtude de dificuldades de literacia digital.

O atendimento inicial é assegurado pelos assistentes técnicos, apoiado por sistema de senhas eletrónicas, com acolhimento sequencial e humanizado conforme preconizado pela Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde (Portaria n.º 87/2015, de 23 de março). O tempo médio de espera para o primeiro atendimento é geralmente inferior a 15 minutos, como observado nas auditorias trimestrais que a unidade realiza.

Não existe triagem formal de enfermagem antes da consulta médica; o encaminhamento é feito pelo secretariado clínico, podendo, em situações agudas, ser direcionado diretamente para consulta de enfermagem ou médica.

Durante as consultas, a privacidade e confidencialidade são asseguradas, em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b). A comunicação entre profissionais e utentes caracteriza-se por clareza, empatia e disponibilidade, promovendo relações terapêuticas de confiança e corresponsabilização.

Existe, ainda, um sistema formal de sugestões, reclamações e elogios, promovendo a participação do utente e a monitorização da qualidade.

1.4. Breve caracterização dos utentes da USF

A USF abrange 12 066 utentes (abril de 2025), conforme apresentado na figura 1. A população inscrita apresenta um índice de dependência total de 56,72%, sendo que o índice de dependência relativa de idosos é de 37%, ambos os valores ligeiramente abaixo da média nacional, com 57,87% e 38,26%, respetivamente.

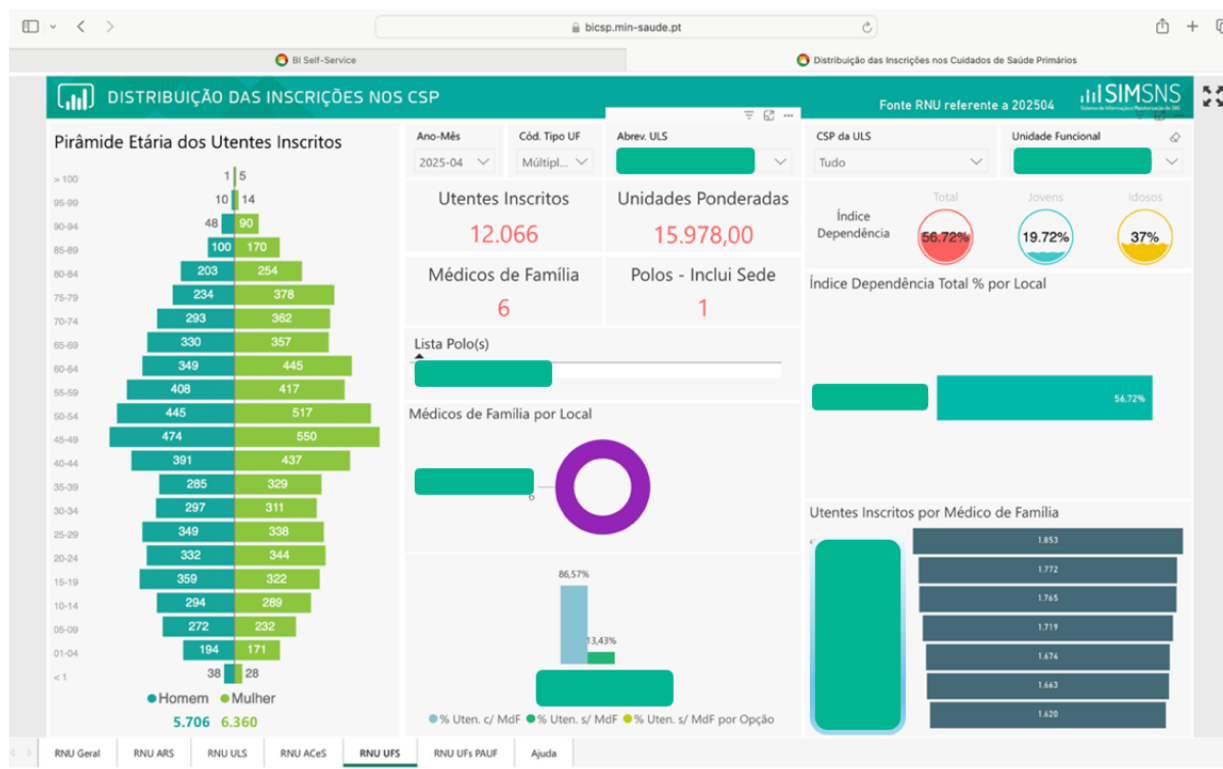


Figura 1 - Distribuição das inscrições na USF (abril de 2025)

Fonte: BI CSP, 2025

A pirâmide etária desta USF revela uma configuração típica de populações em processo de envelhecimento demográfico. A base da pirâmide, correspondente ao grupo etário dos 0–14 anos, apresenta 1 616 utentes, apresentando-se significativamente mais estreita do que o segmento da população em idade ativa (15–64 anos), que reúne 7 061 utentes. Esta distribuição demográfica revela um marcado desequilíbrio entre gerações, traduzido no aumento progressivo das faixas etárias mais avançadas, indicador claro de um processo continuado de envelhecimento populacional.

Observa-se um predomínio acentuado de adultos maduros e idosos na população inscrita. As maiores concentrações de utentes situam-se nas faixas etárias dos 45–49 anos (1 024 utentes) e dos 50–54 anos (962 utentes). O contingente de pessoas com 65 ou mais anos totaliza 2 878 indivíduos, ultrapassando de forma expressiva o número de jovens com menos de 15 anos (1 616 utentes). Este dado corrobora o perfil de uma população envelhecida.

A proporção de mulheres tende a aumentar de forma consistente nas faixas etárias mais elevadas, como se verifica no grupo dos 85–89 anos, onde se observam 190 mulheres para 99 homens. Este padrão é consistente com a maior longevidade geralmente observada na população feminina.

O índice de dependência total da USF, de 56,72 %, apresenta-se ligeiramente inferior à média nacional (57,87 %), sugerindo uma pressão globalmente menor sobre a população em idade ativa, quando comparada com a média do país.

Apesar de os índices de dependência da USF se encontrarem, de forma geral, alinhados ou ligeiramente abaixo das médias nacionais, a análise da pirâmide etária confirma uma tendência de envelhecimento na população de utentes. A elevada representatividade de adultos maduros e seniores reforça a necessidade de manter e desenvolver estratégias contínuas, nomeadamente:

- Estratégias específicas de promoção da saúde, ajustadas às necessidades de uma população envelhecida;
- Iniciativas de prevenção secundária focadas na gestão e controlo de doenças crónicas, mais prevalentes nas faixas etárias avançadas;
- Intervenções familiares integradas, que abordem os desafios e necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e às suas implicações para o funcionamento familiar.

1.5. Caracterização do ficheiro de utentes

Em média, numa USF cada equipa é responsável por cerca de 1550 utentes, o que corresponde a aproximadamente 1917 unidades ponderadas, de acordo com o padrão nacional. No caso da enfermeira tutora, a lista atribuída é composta por cerca de 1665 inscritos, equivalendo a 2279 unidades ponderadas em abril de 2025 (ACSS, 2025).

O número de elementos por agregado familiar varia entre 1 e 7 pessoas, representado na Tabela 1, esta distribuição evidencia a predominância de famílias de pequena dimensão, característica do modelo familiar nuclear que prevalece na sociedade portuguesa contemporânea. A reduzida dimensão dos agregados tem implicações diretas na organização dos cuidados, nomeadamente no que respeita à rede de suporte, aspeto central na Enfermagem de Saúde Familiar.

Tabela 1 - Distribuição das famílias por número de pessoas no agregado (abril de 2025)

Número de elementos	Número famílias inscritas
1	188
2	165
3	137
4	138
5	23
6	9
7	2

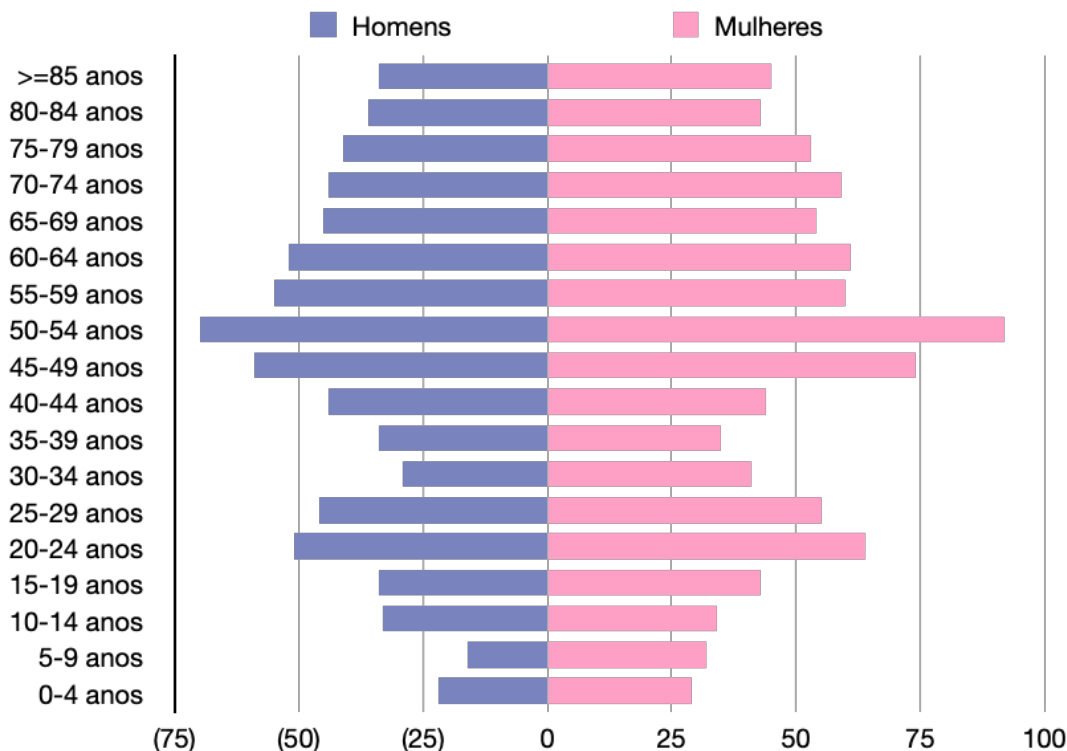
Fonte: mim@uf, 2025

Verifica-se uma dispersão geográfica dos utentes inscritos no ficheiro, embora a grande maioria resida na freguesia correspondente à área de influência direta da USF. A permanência de utentes que passaram a residir fora da área originalmente abrangida pela unidade parece revelar elevados níveis de satisfação, confiança e continuidade relacional com a equipa de saúde familiar. Tal fenómeno sugere que o vínculo terapêutico e afetivo estabelecido ao longo do tempo constitui um fator determinante na fidelização dos utentes e na procura de cuidados centrados na pessoa e na família, mesmo quando as condições de acessibilidade geográfica se tornam menos favoráveis.

A análise da distribuição etária dos utentes inscritos no ficheiro (Gráfico 1) mostra uma predominância do sexo feminino em praticamente todos os grupos etários, sobretudo a partir dos 50 anos, acompanhando a tendência nacional de maior longevidade das mulheres. A faixa etária mais representativa corresponde aos 50–54 anos, com 162 utentes (70 homens e 92 mulheres), seguida de perto pelos grupos dos 55–59 e 60–64 anos. Estes dados evidenciam uma população maioritariamente adulta e envelhecida, com uma base etária mais estreita nas idades pediátricas (0–14 anos), o que traduz uma baixa natalidade e uma dinâmica

demográfica regressiva. O peso relativo da população idosa (≥ 65 anos) é significativo, o que implica maiores exigências na gestão de doenças crónicas e dependência funcional, confirmando a necessidade de respostas integradas e orientadas para a saúde familiar e comunitária.

Gráfico 1 - Distribuição etária por sexo dos utentes do ficheiro (abril de 2025)



Fonte: mim@uf, 2025

1.6. Organização e perfil assistencial dos cuidados de enfermagem na USF

A consulta de enfermagem constitui uma intervenção autónoma e diferenciada, centrada na pessoa, família e comunidade, enquadrada pelos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar e pelas competências específicas definidas no Regulamento n.º 428/2018, da OE. No contexto dos CSP, representa uma modalidade de prestação de cuidados que privilegia a proximidade, a continuidade, a personalização e a corresponsabilização, assumindo um papel estruturante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital.

De acordo com este regulamento, o Enfermeiro de Família tem a responsabilidade de desenvolver consultas autónomas orientadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância do desenvolvimento familiar, gestão da doença crónica e capacitação dos cuidadores. A consulta constitui, assim, um espaço privilegiado de avaliação, intervenção e relação terapêutica, permitindo identificar necessidades, monitorizar riscos e promover processos de adaptação familiares.

Consultas e Programas de Enfermagem da Carteira de Serviços da USF

A USF oferece uma variedade de consultas programadas e não programadas, presenciais e não presenciais, integradas nos Programas de Saúde Nacionais que compõem a carteira básica de serviços da unidade. Esta carteira inclui:

- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;

- Programa de Planeamento Familiar;
- Programa de Saúde Materna;
- Programa de Prevenção Oncológica e Rastreios;
- Programa de Vigilância de Diabéticos;
- Programa de Vigilância de Hipertensos;
- Programa de Visitação Domiciliária / Utente Dependente;
- Programa de Vacinação;
- Atendimento em Situação Aguda.

Os procedimentos associados a cada programa, bem como o manual de boas práticas, encontram-se organizados e disponíveis na pasta partilhada interna da unidade, garantindo a uniformização de processos e a qualidade técnico-científica das intervenções.

Projetos de Melhoria Contínua e Indicadores de Desempenho

No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade, a USF desenvolve anualmente Planos de Acompanhamento Interno (PAI) que visam otimizar processos e resultados assistenciais.

Os projetos de melhoria definidos para 2025 incluíram:

- Prevenção de quedas no utente idoso;
- Gestão de não conformidades;
- Atendimento telefónico;
- Otimização de pedidos de receituário crónico;
- Controlo glicémico em utentes diabéticos;
- Melhoria do acesso à consulta de doença aguda.

Estes projetos refletem o compromisso da unidade com a segurança, a eficiência e a qualidade dos cuidados, promovendo uma prática assente na avaliação sistemática do desempenho e na identificação de oportunidades de melhoria.

Em abril de 2025, a USF apresentava um Índice de Desempenho Global (IDG) de 89,80, valor que traduz uma performance globalmente positiva. O domínio da gestão da doença foi o que apresentou maior margem de melhoria, sugerindo a necessidade de reforçar estratégias de vigilância clínica e seguimento de utentes com doença crónica.

A tabela 2 apresenta os resultados obtidos pela USF, no que diz respeito a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os resultados encontram-se categorizados por cores, em que o vermelho corresponde a valores fora do mínimo aceitável, o amarelo entre os valores mínimos aceitáveis e esperados e o verde corresponde à melhor pontuação, encontrando-se o resultado entre o mínimo e o máximo esperado.

Tabela 2 – Resultados dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na USF (abril de 2025)

Indicador	Designação	Resultado
2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	79,686
2013.009.01 FL	9 – Taxa de utilização de consulta de PF (enf.)	79,686
2013.015.01 FL	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15o dia de vida	0,000
2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	84,093
2013.019.01 FL	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	69,912

Indicador (continuação)	Designação	Resultado
2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	59,131
2013.031.01 FL	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	97,778
2013.032.01 FL	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	76,812
2013.033.01 FL	33 - Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	75,166
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pés último ano	84,987
2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	88,179
2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	90,595
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	65,537
2013.057.01 FL	57 - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	98,438
2013.059.01 FL	59 - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	96,667
2013.093.01 FL	93 - Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	100,000
2013.094.01 FL	94 - Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	100,000
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	97,826
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	95,942
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	77,432
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	84,901
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	67,718
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	455,552
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	94,643
2013.296.01 FL	296 - Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.	0,000
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	0,794
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	28,970
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	78,091
2018.396.01 FL	396 - Prop. ut. [10; 15[anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	8,062
2018.397.01 FL	397 - Prop. fumador c/ int. breve ou muito breve 1 ano	59,307
2018.398.01 FL	398 - Prop. gráv. fumad. c/ int. breve ou mt. breve 1ºT	68,750
2020.435.01 FX	435 - Proporção utentes com vacina gripe gratuita SNS	56,043
2021.439.01 FL	439 - Proporção DPOC +6M, c/ vac. gripe	72,917
2021.440.01 FL	440 - Proporção Asma +6M, c/ vac. gripe	43,684

Fonte: BI CSP, 2025

Da análise destes indicadores podemos concluir que os resultados são muito positivos, fruto da maturidade e empenho da equipa.

Verifica-se uma significativa adesão da população às consultas de enfermagem no âmbito da saúde reprodutiva e do planeamento familiar, bem como aos programas de vacinação, o que evidencia uma valorização crescente dos cuidados de enfermagem preventivos e promotores da saúde.

Contudo, observou-se que a primeira consulta de enfermagem à família após o nascimento de um filho não é realizada em contexto domiciliário, contrariando as recomendações das boas práticas em saúde familiar. As principais limitações identificadas para esta lacuna prendem-se, sobretudo, com a gestão de tempo por parte dos enfermeiros e com a localização da residência da família fora da área geográfica de abrangência da unidade. Acresce ainda que muitos utentes não demonstram adesão à visita domiciliária precoce, quando esta lhes é proposta, apesar do seu reconhecido valor na promoção de uma transição segura para a parentalidade.

Importa ainda referir que, apesar da diversidade de indicadores atualmente contemplados no Índice de Desempenho Global (IDG), a sua natureza predominantemente biométrica, quantitativa e centrada na vigilância clínica poderá não captar plenamente a complexidade do contributo dos enfermeiros, nem tornar

suficientemente visíveis alguns ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente nas dimensões educativa, relacional e familiar. Esta leitura é coerente com a necessidade, sublinhada pela OE, de desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que permitam evidenciar os seus contributos específicos para os ganhos em saúde (OE, 2007).

Programas de vigilância, diagnósticos e intervenções de Enfermagem no Ficheiro de Utentes

A organização dos cuidados de enfermagem pode ser melhor compreendida através da análise dos programas de vigilância, dos diagnósticos de enfermagem identificados e das intervenções registadas, permitindo caracterizar as prioridades clínicas da USF.

A distribuição dos utentes pelos **programas de vigilância** encontra-se representada na tabela 3, reunindo informação sobre os principais programas operados pela enfermeira orientadora.

Tabela 3 - Distribuição dos utentes do ficheiro em programas de vigilância (abril de 2025)

Programa de vigilância	Diabetes Mellitus	Hipertensão Arterial	Planeamento Familiar	Rastreios Oncológicos	Saúde Infantil e Juvenil	Saúde Materna
Número utentes	165	440	205	119	203	5

Fonte: mim@uf, 2025

Esta distribuição reflete diretamente o perfil demográfico previamente descrito. A elevada expressão dos programas de Hipertensão Arterial (440 utentes) e Diabetes Mellitus (165 utentes) encontra correspondência no envelhecimento demográfico observado na pirâmide etária, caracterizado por uma população maioritariamente adulta e idosa. Este cenário traduz a prevalência crescente de doenças crónicas e a necessidade de estratégias de acompanhamento continuado, monitorização clínica e promoção da literacia em saúde.

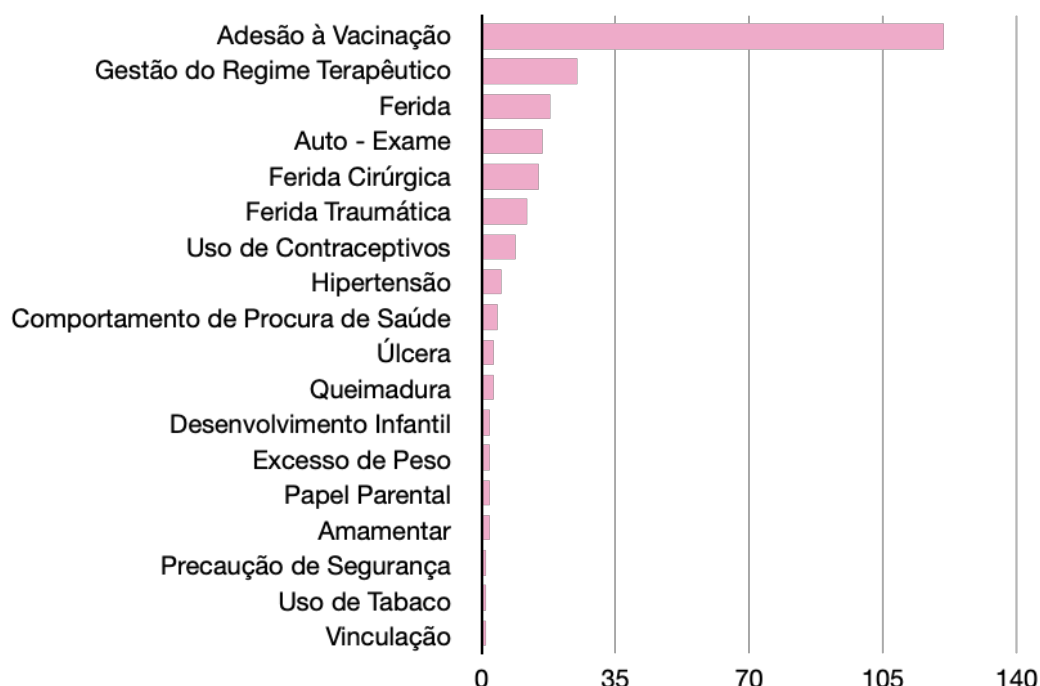
Por outro lado, o número reduzido de utentes acompanhados no programa de Saúde Materna (5 utentes) reforça a tendência de baixa natalidade, já visível na estreita base da pirâmide etária, constituindo um desafio à renovação geracional e à sustentabilidade demográfica da comunidade. Os programas de Planeamento Familiar (205 utentes) e Saúde Infantil e Juvenil (203 utentes), embora representativos, assumem menor peso relativo quando comparados com os programas de doenças crónicas, mas mantêm expressão suficiente para justificar intervenções dirigidas a transições familiares nestas fases do ciclo vital da família.

A adesão aos rastreios oncológicos (119 utentes) representa um indicador positivo, sugerindo um compromisso da unidade com a deteção precoce de doença oncológica, essencial numa população envelhecida e com fatores de risco acrescidos.

A leitura conjunta dos programas de vigilância revela a importância de articular a gestão da doença crónica com a promoção de saúde familiar, visando responder simultaneamente aos desafios do envelhecimento e às necessidades dos ciclos de vida mais jovens.

Os **diagnósticos de enfermagem** mais frequentes do ficheiro de utentes encontram-se representados no gráfico 2.

Gráfico 2 - Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no ficheiro de utentes (abril de 2025)



Fonte: mim@muf, 2025

A análise dos diagnósticos evidencia a relevância dos fenómenos relacionados com a adesão ao Programa Nacional de Vacinação, confirmando a importância da intervenção dos enfermeiros na promoção da prevenção primária ao longo do ciclo vital. Os diagnósticos associados à gestão do regime terapêutico surgem igualmente com elevada frequência, refletindo o acompanhamento sistemático de utentes com doenças crónicas.

Os diagnósticos relacionados com feridas simples, cirúrgicas ou traumáticas podem traduzir a morbilidade associada à idade avançada e às comorbilidades, frequentemente associadas a processos de cicatrização mais complexos.

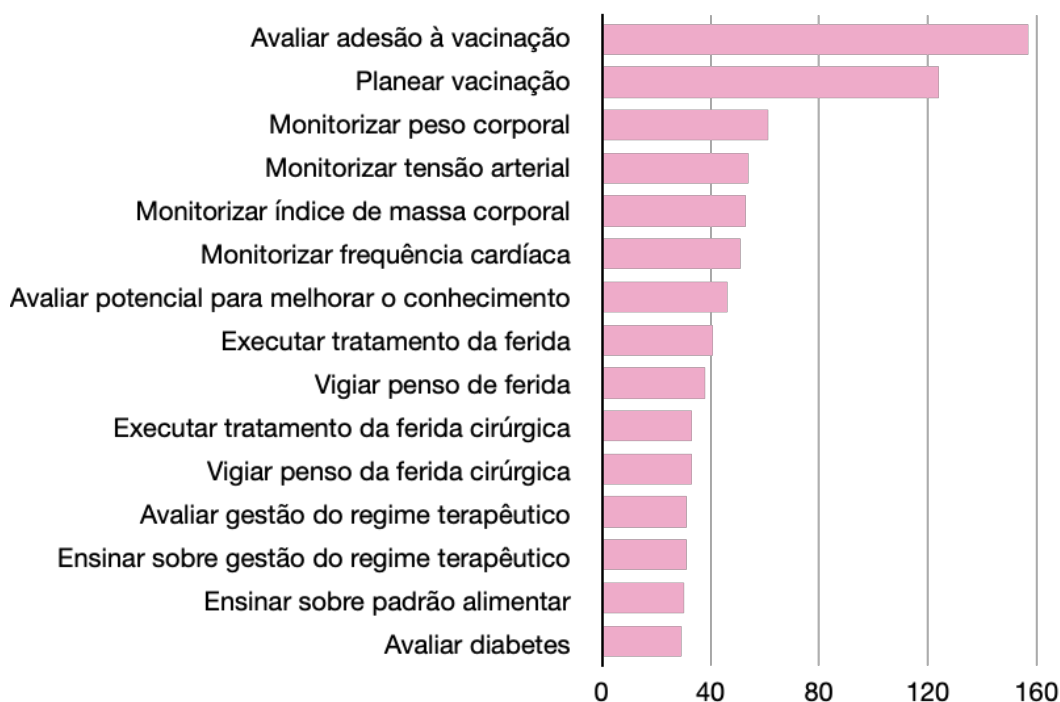
Embora menos frequentes, os diagnósticos relativos à parentalidade, amamentação e vinculação reforçam a intervenção da enfermagem na saúde familiar e no apoio a transições críticas, como a transição para a parentalidade.

Fenómenos como uso de tabaco ou precaução de segurança, apesar de menos expressivos, sublinham o desenvolvimento de estratégias preventivas dirigidas aos estilos de vida.

De forma global, este perfil de diagnósticos confirma a centralidade dos cuidados de enfermagem na prevenção, gestão da doença crónica e promoção da saúde familiar, em consonância com o quadro de competências específicas do EEESF (OE, 2018).

As **intervenções de enfermagem** mais frequentes numa unidade de saúde também permitem obter informação útil sobre o perfil da população e sobre o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro. Podemos consultar as intervenções mais registadas no SClínico®, em abril de 2025, no gráfico 3.

Gráfico 3 - Intervenções de enfermagem mais frequentes no ficheiro (abril de 2025)



Fonte: BI CSP, 2025

A análise das quinze intervenções de enfermagem mais prevalentes evidencia a centralidade da vacinação na prática assistencial, destacando-se a avaliação da adesão (157 registos) e o planeamento vacinal (124 registos) como as intervenções mais realizadas. Este dado confirma a importância da prevenção primária e do papel estruturante da enfermagem na promoção da imunização ao longo do ciclo vital.

As intervenções de monitorização clínica (avaliação de peso, tensão arterial, índice de massa corporal (IMC) e frequência cardíaca) totalizam mais de 200 registos, refletindo a elevada prevalência de doenças crónicas como hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

Outro eixo relevante corresponde às intervenções de tratamento e vigilância de feridas, que incluem feridas simples, cirúrgicas e traumáticas, totalizando mais de 140 registos.

As intervenções de natureza educativa, como o ensino sobre gestão do regime terapêutico, padrões alimentares e prática de exercício físico, assumem expressão significativa, reforçando o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar na promoção da literacia e no empoderamento das famílias para a gestão autónoma da sua saúde.

Os dados analisados revelam um equilíbrio entre intervenções de prevenção primária (vacinação, educação para a saúde) e de gestão da doença crónica (monitorização, seguimento e cuidado de feridas). Este padrão reflete a missão da USF de assegurar cuidados globais, personalizados e ao longo do ciclo vital familiar.

Contudo, apesar destes contributos, verifica-se que os registos mais frequentes no SClínico® são predominantemente de natureza biométrica e de vigilância, podendo subvalorizar intervenções autónomas, de dimensão educativa, relacional e familiar, centrais na prática especializada do Enfermeiro de Família. Esta tendência limita a visibilidade documental da complexidade do trabalho desenvolvido junto das famílias e reduz a expressão dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, torna-se importante reforçar o registo das intervenções de enfermagem de forma mais abrangente e representativa, valorizando não apenas os parâmetros clínicos monitorizados, mas também os processos de capacitação, suporte, comunicação terapêutica e acompanhamento das transições familiares.

Importa ainda reconhecer que a concretização de cuidados de proximidade exige tempo, recursos organizacionais e condições de trabalho adequadas, como referem Wright e Leahey (2011) e Gottlieb (2016). A atuação especializada do Enfermeiro de Família pressupõe continuidade, disponibilidade e um espaço de intervenção protegido, que permita desenvolver processos educativos, realizar avaliação familiar sistemática e promover mudanças sustentadas. No entanto, a atual organização dos CSP associada à elevada dimensão dos ficheiros de utentes e à pressão assistencial, nem sempre favorece esta abordagem. Tal realidade reforça a necessidade de reorganizar os tempos assistenciais, redefinir prioridades e otimizar recursos, de modo a valorizar plenamente o contributo da enfermagem na saúde e no bem-estar das famílias.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A prática da Enfermagem de Saúde Familiar que orientou os cuidados prestados ao longo dos estágios assenta num conjunto de referenciais teóricos, conceptuais e científicos que enquadram a família como unidade de cuidados. Estes referenciais sustentam uma visão sistémica, contextual e centrada na parceria com a família, orientando tanto a avaliação como a intervenção clínica. Neste sentido, apresenta-se de seguida o enquadramento teórico que fundamenta a prática desenvolvida e sustenta o estudo das forças familiares apresentado no Capítulo 4.

2.1. Família: conceito e evolução

A família constitui uma das instituições mais antigas e universais da humanidade, acompanhando a evolução das sociedades e adaptando-se às suas transformações culturais, económicas e políticas. Apesar das mudanças estruturais que a caracterizam ao longo do tempo, a família mantém-se como o núcleo essencial de suporte afetivo, social e de desenvolvimento dos indivíduos (Relvas & Alarcão, 2002).

Do ponto de vista sociológico, a família é entendida como um grupo social primário, caracterizado por relações de intimidade, solidariedade e interdependência entre os seus membros (Olson, 2000). Para Relvas, a família é simultaneamente uma unidade biopsicossocial e relacional, responsável pela transmissão de valores, cultura e identidade, sendo que a família é um sistema aberto e dinâmico, em permanente interação com o meio envolvente (Relvas, 2006).

Historicamente, a família tradicional extensa e multigeracional deu lugar, nas sociedades industrializadas, a formas nucleares e, mais recentemente, a configurações familiares diversas, como famílias monoparentais, reconstituídas, homoparentais e unipessoais (Figueiredo, Santos, et al., 2023). Estas novas realidades não fragilizam o conceito de família, mas ampliam-no, evidenciando a sua capacidade de adaptação e resiliência perante as transformações sociais (Giddens, 2005).

Reconhecendo esta diversidade, a OE (2015a) define a família como um grupo de seres humanos visto como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo ainda pessoas significativas para o cliente. Esta conceção, adotada na Enfermagem de Saúde Familiar, valoriza a família enquanto unidade de cuidado, independentemente da sua estrutura formal, centrando-se antes na qualidade das relações e na capacidade de cuidar.

Diversos autores de referência, entre os quais Wright e Leahey (2011) e Gottlieb (2016), salientam também, que a prática centrada na família deve considerá-la não apenas como contexto, mas como unidade de cuidado e de intervenção, integrando os seus padrões relacionais, crenças, forças e recursos (Wright & Leahey, 2011; Gottlieb, 2016).

Assim, a família é simultaneamente contexto, sistema e recurso, um espaço onde se constroem identidades, se satisfazem necessidades emocionais e se desenvolvem competências para lidar com as exigências da vida (Walsh, 1996).

2.2. Família como sistema

A compreensão da família enquanto sistema constitui um dos pilares teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar. Baseada na Teoria Geral dos Sistemas proposta por Ludwig von Bertalanffy em 1968, esta perspetiva

concebe a família como um sistema aberto, dinâmico e interdependente, em constante interação interna e externa. Cada membro influencia e é influenciado pelos restantes, pelo que o todo é mais do que a soma das partes (Alarcão, 2002).

À luz desta perspetiva, a família organiza-se como uma unidade relacional composta por diferentes subsistemas, como o conjugal, o parental, o fraternal, o individual, entre outros, que se articulam entre si através de regras, fronteiras e padrões de comunicação. Quando ocorre uma alteração num dos seus elementos ou subsistema, o sistema familiar tende a reorganizar-se de modo a restabelecer o equilíbrio, num processo designado por homeostasia (Alarcão & Gaspar, 2007). Relvas aprofunda esta visão ao considerar a família um sistema relacional e evolutivo, sujeito a mudanças internas e externas, que exige reorganizações contínuas para preservar a funcionalidade (Relvas, 2006).

Enquanto sistema aberto, a família apresenta um conjunto de propriedades que permitem compreender o seu funcionamento. Entre elas destaca-se a totalidade, segundo a qual o comportamento de um membro é indissociável dos restantes, e o que acontece a um repercute-se em toda a família (Alarcão, 2002).

Outra característica central é a equifinalidade, que traduz a possibilidade de diferentes percursos conduzirem a resultados semelhantes, tal como condições iniciais semelhantes poderem originar trajetórias distintas (Alarcão, 2002). A retroação é igualmente fundamental, uma vez que o comportamento de cada elemento desencadeia respostas nos outros, num processo circular de influências mútuas que permite ao sistema adaptar-se às exigências internas e externas (Alarcão, 2002).

A família possui também a propriedade da auto-organização, através da qual gere autonomamente a informação proveniente do exterior, integrando-a e ajustando a sua estrutura de modo a garantir a sobrevivência e a coerência do sistema (Alarcão, 2002).

Neste enquadramento, as fronteiras assumem particular relevância, na medida em que delimitam o sistema familiar e os seus subsistemas, e regulam as suas trocas com o ambiente. Sendo permeáveis, permitem a circulação de informação, afeto e energia, sem comprometer a identidade da família enquanto unidade diferenciada (Alarcão, 2002). A qualidade dessas fronteiras influencia diretamente a coesão, a autonomia e a saúde emocional do sistema. Segundo Alarcão (2002), estas podem ser rígidas (quando há pouca comunicação e autonomia), claras (quando existe equilíbrio entre proximidade e independência) ou difusas (quando há excessiva fusão entre os membros).

Também os subsistemas familiares desempenham um papel essencial na organização interna da família. De acordo com Wright e Leahey (2011), o sistema familiar é composto por subsistemas autónomos, inseridos em suprasistemas mais amplos, como a família alargada, a comunidade ou a sociedade.

O subsistema conjugal, constituído pelo casal, assume-se como núcleo relacional, frequentemente estruturante dos padrões de afetividade e gestão de conflitos. O subsistema parental organiza-se em torno das funções relacionadas com a educação, cuidado e proteção dos filhos. Já o subsistema fraternal, formado pelos irmãos, representa o primeiro espaço de socialização e aprendizagem entre pares (Relvas, 2006).

A abordagem sistémica permite compreender a família como unidade de cuidado, deslocando o foco do indivíduo isolado para o sistema de relações em que este se insere. Neste sentido, a Enfermagem de Saúde Familiar reconhece que as vivências de saúde e doença, bem como os processos de adaptação, são partilhados e coconstruídos no seio da família. Wright e Leahey (2011) sublinham que, ao reconhecer estas interações, o enfermeiro atua como facilitador de processos de comunicação, apoio e reorganização familiar, promovendo a saúde de todos os seus membros.

Em síntese, a perspetiva sistémica reconhece a família como um sistema vivo e autorregulado, em constante interação com o meio, cujo funcionamento assenta no equilíbrio entre estabilidade e mudança, autonomia e coesão. A partir desta compreensão, reconhece-se que a família desempenha funções essenciais de suporte biológico, psicológico e social, garantindo a continuidade da vida, a construção da identidade e a integração dos seus membros na sociedade (Relvas, 2006; Alarcão, 2002). Estas funções expressam-se na capacidade de adaptação, na gestão das transições e na mobilização de recursos que sustentam a saúde, a resiliência e a competência familiar (Relvas, 2006; Walsh, 2016).

2.3. Tipologias familiares

A compreensão das tipologias familiares constitui um eixo estruturante para a avaliação e intervenção em enfermagem de saúde familiar, uma vez que a configuração da família influencia o seu funcionamento, os seus processos adaptativos. Em Portugal, Relvas e Alarcão (2002) descrevem a família contemporânea como um sistema plural, marcado por diferentes formas de organização e composição, reconhecendo a existência de:

- **Família nuclear** - Composta por casal com ou sem filhos que vivem no mesmo agregado, constituindo o modelo tradicional de coabitação.
- **Família monoparental** - Formada por um único progenitor que assume a responsabilidade pelos filhos, podendo resultar de divórcio, separação, morte, escolha individual ou circunstâncias temporárias.
- **Família reconstituída** - Agregado resultante da formação de um novo casal após separação/divórcio, integrando filhos de relações anteriores e, eventualmente, filhos comuns do novo casal.
- **Família alargada** - Inclui vários membros da família extensa (avós, tios, outros parentes) que vivem juntos e desempenham papéis regulares de suporte no quotidiano familiar.
- **Família homoparental** - Formada por um casal do mesmo sexo, com ou sem filhos, sejam estes biológicos, adotados ou fruto de técnicas de reprodução medicamente assistida.
- **Família unipessoal** - Agregado constituído por uma única pessoa que vive sozinha, reconhecido como unidade doméstica autónoma.

Para estas autoras, a diversidade familiar não representa disfunção, mas sim um reflexo das transformações sociais, culturais e económicas que moldam a vida quotidiana das famílias, devendo cada tipologia ser compreendida na sua singularidade e contexto.

Esta perspetiva é reforçada por Gladding (2015), que identifica igualmente múltiplos modelos familiares e sublinha que a tipologia não determina, por si só, a funcionalidade do sistema. O autor descreve famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas, sem filhos, alargadas e homoparentais, acrescentando que todas elas podem apresentar padrões saudáveis ou disfuncionais, dependendo da sua capacidade de comunicação, coesão, adaptabilidade e suporte mútuo. Esta complementaridade teórica reforça a ideia de que o foco da avaliação não deve recair sobre a estrutura em si, mas antes sobre os processos relacionais, padrões de interação, papéis desempenhados e competências internas do sistema familiar.

A articulação entre estes autores é particularmente relevante para a prática do EEESF uma vez que permite integrar a dimensão estrutural “quem compõe a família”, com a dimensão funcional “como a família funciona”. Assim, reconhecer a tipologia familiar não serve apenas para classificar, mas sim para compreender

a organização interna, antecipar possíveis stressores associados a cada configuração e orientar a identificação de forças familiares.

2.4. Coesão e adaptabilidade familiar

A compreensão da dinâmica familiar implica analisar dois eixos fundamentais do seu funcionamento: a coesão, que se relaciona com a proximidade emocional e o sentimento de pertença entre os seus membros, e a adaptabilidade, que corresponde à capacidade da família para ajustar a sua estrutura e os seus papéis perante mudanças e exigências internas ou externas (Olson, 2000).

Segundo Gladding (2015), com base em Olson, Sprenkle e Russell (1979), criadores do Modelo Circumplexo do Funcionamento Familiar, a coesão familiar refere-se ao grau de ligação emocional e de pertença entre os membros da família, enquanto a adaptabilidade (ou flexibilidade) diz respeito à capacidade da família para modificar a sua estrutura de poder, papéis e regras em resposta ao stress ou à mudança.

O Modelo Circumplexo defende que o funcionamento familiar saudável resulta do equilíbrio entre coesão e adaptabilidade: famílias demasiado desligadas (baixa coesão) ou excessivamente fundidas (coesão extrema) tendem a apresentar disfunções semelhantes às que se observam em famílias rígidas (baixa adaptabilidade) ou caóticas (alta adaptabilidade). O funcionamento equilibrado situa-se, assim, nos níveis moderados de coesão e flexibilidade, promovendo tanto a autonomia individual como a ligação afetiva (Gladding, 2015).

Segundo Alarcão (2002) os sistemas familiares necessitam de fronteiras suficientemente permeáveis para permitir a comunicação e o apoio mútuo, mas também definidas para garantir a autonomia e o respeito pelas diferenças individuais. Esta flexibilidade estrutural e funcional é o que permite à família adaptar-se às transições, mantendo a coesão necessária para preservar o sentimento de pertença.

Para Olson (2000), a comunicação familiar funciona como variável mediadora entre estas duas dimensões. Uma comunicação clara e empática facilita o ajustamento e a negociação de papéis, favorecendo a expressão de emoções e a resolução de conflitos. Assim, a comunicação é considerada o mecanismo facilitador que permite o movimento entre diferentes níveis de coesão e de adaptabilidade, garantindo a estabilidade e o crescimento do sistema familiar.

Em síntese, a coesão e a adaptabilidade representam dimensões essenciais do funcionamento familiar, refletindo o equilíbrio entre estabilidade e mudança, entre autonomia individual e pertença coletiva. Quando este equilíbrio é alcançado, a família revela a sua capacidade de reorganização e de crescimento, expressando, nas suas interações as forças que sustentam a sua saúde e resiliência. (Olson, 2000; Relvas, 2006).

As mudanças associadas ao ciclo vital familiar evidenciam, de forma concreta, a importância da coesão e da adaptabilidade. É nesse contexto que se compreende o desenvolvimento e as tarefas de cada fase da vida familiar.

2.5. Ciclo vital da família

O ciclo vital da família é um conceito fundamental para compreender a evolução e o funcionamento das famílias ao longo do tempo. Representa o processo contínuo de mudança, adaptação e reorganização que ocorre à medida que a família atravessa diferentes etapas do seu desenvolvimento. Estas transições implicam tarefas previsíveis, ajustamentos estruturais e emocionais, bem como a redefinição de papéis e fronteiras, de forma a manter o equilíbrio e a coesão do sistema (Relvas, 2006; Alarcão, 2002).

Segundo Relvas (2006), as etapas do ciclo vital familiar podem ser diferenciadas com base em quatro critérios principais:

1. O aparecimento de novos elementos ou subsistemas, que introduz mudanças significativas na estrutura e na dinâmica familiar;
2. As tarefas desenvolvimentais a realizar e as mudanças funcionais e estruturais que ocorrem no sistema para lhes dar resposta;
3. A saída de elementos do núcleo familiar, que exige reorganização dos papéis e redefinição das fronteiras;
4. A presença de filhos e a idade do filho mais velho, fatores que determinam o estágio evolutivo da família e influenciam a sua configuração.

Estes critérios permitem compreender o ritmo próprio de evolução de cada família e as exigências específicas de cada fase, constituindo uma base essencial para a avaliação e intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar.

O modelo de Duvall (1957)

A socióloga norte-americana Evelyn Millis Duvall desenvolveu um dos modelos mais conhecidos e amplamente utilizados na compreensão do desenvolvimento familiar, o Modelo do Ciclo Vital da Família. Partindo de uma perspetiva sociológica e desenvolvimentista, Duvall considerou que as famílias, tal como os indivíduos, passam por estádios previsíveis de desenvolvimento, determinados essencialmente pela idade e posição do filho mais velho (Silva et al., 2023).

O modelo original de Duvall define oito estádios que caracterizam a evolução típica da família nuclear:

1. Casal sem filhos – formação da família.
2. Família com recém-nascido – o filho mais velho com idade até 30 meses.
3. Família com crianças em idade pré-escolar – o filho mais velho com idade entre 30 meses e 6 anos.
4. Família com crianças em idade escolar – o filho mais velho com idade entre 6 e 13 anos.
5. Família com filhos adolescentes – o filho mais velho com idade entre 13 e 20 anos.
6. Família com filhos adultos jovens – desde a saída do primeiro filho até à saída do último.
7. Casal de meia-idade – do ninho vazio à reforma.
8. Família idosa – da reforma ao falecimento de um dos cônjuges.

Cada estágio é definido por tarefas de desenvolvimento que são determinantes para o funcionamento saudável da família. O cumprimento bem-sucedido dessas tarefas facilita a transição para o estágio seguinte; pelo contrário, o seu insucesso pode gerar tensão e desajustamento no sistema (Alarcão, 2002).

Embora o modelo de Duvall tenha uma estrutura sequencial e cumulativa, autores posteriores como Relvas (2006) salientam que o ciclo vital familiar deve ser entendido de forma flexível e dinâmica, reconhecendo que as famílias podem vivenciar etapas sobrepostas, inverter a ordem esperada ou regressar a fases anteriores, em função dos eventos de vida e do contexto sociocultural que experienciam.

Limitações e atualizações do modelo

Apesar do seu contributo pioneiro, o modelo de Duvall tem sido criticado por centrar-se na família nuclear tradicional e por desconsiderar as múltiplas configurações familiares existentes na atualidade (Silva et al.,

2023; Relvas, 2006). Contudo, mantém-se uma referência teórica essencial para compreender a evolução das famílias, sobretudo pela clareza com que relaciona etapas, tarefas e transições.

Segundo Silva et al. (2023), autores posteriores, como McGoldrick & Carter (1999), ampliaram esta perspetiva, propondo um modelo mais abrangente e intergeracional, que reconhece a influência das relações entre gerações e do contexto sociocultural nas transições familiares. As autoras enfatizam que o desenvolvimento familiar implica mudanças emocionais e estruturais associadas às etapas de vida (Silva et al., 2023).

Em Portugal, Relvas (2006) adaptou o conceito à realidade contemporânea, propondo um modelo em cinco etapas, que sintetiza as contribuições de Duvall, Hill, Rodgers e Minuchin. Mais do que uma sucessão linear, Relvas entende o ciclo vital como um processo contínuo de reorganização, em que cada transição representa simultaneamente um momento de vulnerabilidade e de crescimento.

As tarefas de desenvolvimento e as transições familiares

O modelo do Ciclo Vital da Família, tal como proposto por Relvas (2006), constitui uma das principais referências para a compreensão do desenvolvimento e da evolução familiar. A autora reconhece que cada etapa da vida familiar implica tarefas específicas de desenvolvimento, cuja realização favorece a continuidade, a funcionalidade e o equilíbrio do sistema (Silva et al., 2023). Estas tarefas traduzem o modo como a família responde às exigências internas e externas do seu ciclo de vida, reorganizando a sua estrutura, papéis e fronteiras em função do contexto e do momento histórico que atravessa (Alarcão, 2002).

Embora Relvas (2006) apresente uma conceptualização sistémica do ciclo vital familiar, privilegiando a análise das transições e dos processos de reorganização do sistema familiar, sem uma divisão rígida em estádios normativos, a operacionalização adotada neste trabalho segue o Modelo de Duvall (1957), por ser a estrutura desenvolvimentista que sustenta o instrumento aplicado no Capítulo 4 e registado no sistema de informação e por permitir uma leitura mais detalhada das tarefas específicas de cada fase. A articulação entre ambos os referenciais é metodológica, mantendo-se a leitura interpretativa ancorada na perspetiva sistémica de Relvas (2006).

1.º Estádio – Casal sem filhos

O primeiro estádio do ciclo vital da família corresponde ao casal sem filhos, fase em que se forma o sistema conjugal e se constroem as bases do futuro funcionamento familiar. Nesta etapa, duas pessoas provenientes de histórias, valores e normas diferentes iniciam um processo de ajustamento mútuo, com o objetivo de desenvolver uma identidade conjugal própria. Relvas (2006) destaca que esta fase exige a negociação de papéis, a diferenciação face às famílias de origem e a construção de uma relação que concilie intimidade, autonomia e pertença. Trata-se de um período marcado pela reorganização das expectativas individuais e conjugais, pela definição de fronteiras e pela elaboração de um possível projeto de parentalidade.

À luz da conceptualização sistémica proposta por Relvas (2006), podem identificar-se como centrais nesta etapa os seguintes processos:

- Construção da relação conjugal, integrando intimidade, compromisso e partilha.
- Negociação de papéis e expectativas provenientes das famílias de origem, definindo um modelo próprio de vida a dois.

- Diferenciação e definição de fronteiras com as famílias de origem, assegurando autonomia do novo subsistema conjugal.
- Gestão do equilíbrio entre individualidade e conjugalidade, conciliando necessidades pessoais e vida em comum.
- Elaboração de um projeto familiar, que pode incluir a reflexão sobre a possível transição para a parentalidade.

Este conjunto de tarefas apoia a construção de uma identidade conjugal sólida, capaz de sustentar as etapas subsequentes do ciclo vital da família.

2.º Estádio – Família com recém-nascido

A chegada do primeiro filho marca uma profunda reorganização do sistema familiar, dando início ao subsistema parental e ao filial. Este estágio implica a passagem de uma estrutura diádica para uma estrutura triádica, com redistribuição de papéis, redefinição de rotinas e ajustamento às novas exigências do cuidado. Relvas (2006) destaca que esta transição é exigente, por envolver alterações emocionais, relacionais e logísticas significativas.

Com base na conceptualização de Relvas (2006), destacam-se os seguintes processos característicos desta transição:

- Integrar o papel parental na identidade individual e conjugal.
- Reorganizar rotinas, horários e responsabilidades para responder às necessidades do bebé.
- Manter a relação conjugal, conciliando cuidados ao bebé e tempo para o casal.
- Ajustar fronteiras com as famílias de origem, considerando o apoio externo sem perder autonomia.
- Desenvolver confiança no desempenho das funções parentais e consolidar o subsistema parental.

3.º Estádio – Família com crianças em idade pré-escolar

Nesta etapa, a família reorganiza-se para acompanhar o desenvolvimento rápido da criança pequena, caracterizado pela aquisição de linguagem, mobilidade e início da vida social. Relvas (2006) descreve um estágio marcado pelo aumento das exigências educativas e pela necessidade de suporte contínuo à autonomia emergente.

À luz da perspetiva sistémica proposta por Relvas (2006), esta etapa caracteriza-se por um conjunto de processos desenvolvimentais centrados na articulação entre o crescimento da criança e a reorganização do sistema familiar. Destacam-se:

- Promoção da autonomia progressiva da criança, acompanhando a aquisição de competências linguísticas, motoras e sociais.
- Estabelecimento de rotinas e padrões organizacionais que assegurem previsibilidade e segurança.
- Definição de regras e limites consistentes, favorecendo a interiorização de normas e o desenvolvimento do autocontrolo.
- Ajustamento contínuo dos papéis parentais face às novas exigências educativas.
- Preservação da coesão conjugal e articulação entre responsabilidades familiares e profissionais.
- Mobilização adequada da rede de suporte, mantendo fronteiras claras do subsistema parental.

Relvas (2006) destaca que esta fase exige equilíbrio entre proteção e liberdade, favorecendo o desenvolvimento da criança sem comprometer a coesão familiar.

4.º Estádio – Família com crianças em idade escolar

O ingresso da criança no ensino formal constitui uma transição significativa no ciclo vital familiar, implicando uma maior abertura do sistema familiar ao contexto social e institucional. Esta etapa caracteriza-se pela intensificação das exigências educativas e pela necessidade de articulação entre o espaço familiar e o espaço escolar. À luz da perspetiva sistémica (Relvas, 2006) e da literatura desenvolvimentista do ciclo vital (Duvall, 1957; Carter & McGoldrick, 2004), esta fase exige um equilíbrio entre a promoção da autonomia da criança e a manutenção de uma supervisão parental ajustada.

Podem identificar-se como processos desenvolvimentais centrais nesta etapa:

- Apoio ao desempenho escolar e à adaptação às exigências educativas.
- Promoção de competências sociais, nomeadamente a capacidade de estabelecer relações com pares e de funcionar em contexto grupal.
- Estabelecimento de rotinas estruturadas de estudo e incentivo à responsabilidade progressiva.
- Manutenção de uma comunicação aberta e ajustamento dos limites parentais face ao crescimento da criança.
- Reorganização da dinâmica familiar para conciliar escola, atividades extracurriculares e responsabilidades domésticas.

5.º Estádio – Família com filhos adolescentes

A adolescência constitui uma etapa de profundas transformações emocionais, relacionais e identitárias, tanto para os jovens como para o sistema familiar no seu conjunto. Relvas (2006) salienta que esta fase exige maior flexibilidade estrutural, renegociação de fronteiras e capacidade do sistema para tolerar o distanciamento progressivo dos adolescentes, sem comprometer a coesão familiar.

À luz da perspetiva sistémica e da literatura desenvolvimentista do ciclo vital (Relvas, 2006; Carter & McGoldrick, 2004), destacam-se como processos centrais nesta etapa:

- Apoio à construção da identidade e à autonomia progressiva dos adolescentes.
- Reajustamento dos limites parentais, promovendo independência responsável.
- Manutenção de comunicação aberta, privilegiando negociação e diálogo.
- Gestão dos conflitos inerentes ao processo de separação–individuação.
- Preservação da relação conjugal e da estabilidade do subsistema parental durante a transição.

Relvas (2006) enfatiza que esta fase implica uma reorganização das fronteiras familiares, exigindo que os pais equilibrem supervisão e confiança, proximidade e autonomia, num processo contínuo de adaptação sistémica.

6.º Estádio – Família com filhos adultos jovens

A saída progressiva dos filhos de casa implica a reorganização do sistema familiar e a redefinição do papel parental. Relvas (2006) descreve este estágio como marcado pela alternância entre proximidade e distância, dependência e autonomia.

À luz da perspetiva sistémica (Relvas, 2006) e da literatura desenvolvimentista do ciclo vital (Carter & McGoldrick, 2004), destacam-se como processos centrais desta etapa:

- Apoio à autonomia financeira, habitacional e emocional dos jovens adultos.
- Reorganização do papel parental, evoluindo de uma função predominantemente diretiva para uma função de suporte e consultoria.
- Redefinição da identidade conjugal após a diminuição das tarefas parentais.
- Transição das relações pais-filhos para relações entre adultos.
- Reajustamento das relações intergeracionais e eventual integração de novos membros no sistema familiar (ex.: genros, noras, netos).

Relvas (2006) sublinha que esta fase pode despertar sentimentos de perda, vazio e ambivalência, mas também representa uma oportunidade de crescimento pessoal, conjugal e relacional, permitindo a reorganização do projeto de vida do casal e a consolidação de vínculos intergeracionais mais simétricos.

7.º Estádio – Casal de meia-idade (“ninho vazio”)

Nesta etapa do ciclo vital familiar, os adultos encontram-se frequentemente numa posição intermédia entre responsabilidades ascendentes e descendentes, acompanhando o envelhecimento dos próprios pais e, simultaneamente, mantendo vínculos com os filhos já autonomizados (McGoldrick & Carter, 2004). Esta fase é frequentemente descrita na literatura como associada à chamada “geração sanduíche”, caracterizada pela sobreposição de responsabilidades intergeracionais.

À luz da perspetiva sistémica (Relvas, 2006) e dos contributos de Alarcão (2002), esta etapa implica uma reorganização identitária e relacional significativa, marcada por processos de reequilíbrio entre papéis familiares, conjugais e profissionais.

Podem identificar-se como processos desenvolvimentais centrais:

- Acompanhamento do envelhecimento dos pais e eventual apoio na gestão de situações de dependência.
- Consolidação ou reorientação de projetos pessoais e profissionais, numa fase de redefinição do projeto de vida.
- Reforço e reestruturação da relação conjugal, num momento de maior centralidade do subsistema conjugal.
- Reorganização da dinâmica familiar após a saída dos filhos de casa.
- Integração de novos papéis familiares, como sogro/sogra ou avô/avó.

8.º Estádio – Família idosa

Relvas (2006) destaca que esta fase exige uma adaptação progressiva às mudanças físicas, emocionais e sociais, bem como um reposicionamento do indivíduo e do casal no sistema familiar alargado.

À luz da perspetiva sistémica e da literatura desenvolvimentista (Relvas, 2006; Carter & McGoldrick, 2004), podem identificar-se como processos centrais desta etapa:

- Adaptação à reforma e reorganização do quotidiano, redefinindo papéis e rotinas.
- Gestão de questões relacionadas com saúde, dependência e vulnerabilidade progressiva.
- Reorganização das redes de apoio e valorização de relações significativas.

- Elaboração de perdas e lutos associados à idade avançada.
- Transmissão de valores, narrativas e legados às gerações seguintes.

Relvas (2006) sublinha que esta fase implica uma redefinição das fronteiras intergeracionais, podendo ocorrer uma inversão de papéis no que respeita ao cuidado, quando os filhos assumem funções de suporte aos pais envelhecidos.

O ciclo vital como referencial para a Enfermagem de Saúde Familiar

Na Enfermagem de Saúde Familiar, o ciclo vital é uma ferramenta conceptual essencial para a avaliação e intervenção junto da família, permitindo situá-la na sua etapa de desenvolvimento e identificar necessidades, riscos e potencialidades específicas (Wright & Leahey, 2011; OE, 2015a).

Reconhecer as tarefas específicas de cada fase ajuda o enfermeiro a antecipar desafios, reforçar competências e mobilizar recursos internos e externos. Independentemente da etapa, todas as famílias enfrentam processos de mudança que colocam à prova a sua capacidade de adaptação, reflexo direto das suas forças familiares e da resiliência do sistema.

Como refere Relvas (2006), a saúde familiar não se define pela ausência de crises ou dificuldades, mas pela capacidade do sistema familiar de se reorganizar face às exigências próprias de cada transição. Assim, compreender o ciclo vital implica reconhecer a família como um sistema dinâmico, em permanente reconstrução, no qual cada etapa constitui simultaneamente um desafio e uma oportunidade de crescimento.

Neste enquadramento, o modelo de Duvall permanece uma base sólida para analisar o desenvolvimento familiar, sendo enriquecido pelas atualizações de McGoldrick & Carter (1999) e Relvas (2006), que incorporam a diversidade e a complexidade contemporâneas (Silva et al., 2023).

2.6. Forças familiares e resiliência

O estudo das forças familiares tem vindo a assumir crescente relevância na investigação em saúde familiar, refletindo uma mudança paradigmática que privilegia a identificação de recursos, competências e processos adaptativos em detrimento de abordagens exclusivamente centradas no défice e na disfunção (DeFrain & Asay, 2007; Walsh, 2016; Gottlieb, 2016). Esta perspetiva enfatiza as capacidades das famílias que lhes permitem enfrentar adversidades, manter o equilíbrio sistémico e promover o bem-estar dos seus membros (Gottlieb, 2016).

Segundo Stinnett e DeFrain (1985), as forças familiares são os atributos positivos que permitem às famílias manter coesão e funcionalidade perante as crises normativas e acidentais. Estas forças incluem padrões de comunicação eficaz, coesão emocional, partilha de valores, capacidade de resolução de problemas e apoio mútuo (Stinnett & DeFrain, 1985).

A abordagem das forças familiares desenvolveu-se nas décadas de 1970 e 1980, como reação aos modelos clínicos centrados nas disfunções. Stinnett e DeFrain procuraram compreender o que caracteriza as famílias consideradas fortes, identificando padrões recorrentes que sustentam o seu funcionamento saudável. Posteriormente aprofundada por DeFrain e Asay (2007), a partir de investigações internacionais, sistematizaram seis características frequentemente associadas às famílias fortes:

- Apreço e afeto entre os membros;

- Compromisso com a família;
- Comunicação positiva e empática;
- Tempo partilhado de qualidade;
- Valores espirituais ou orientadores comuns;
- Capacidade de lidar eficazmente com crises e stress.

DeFrain (1999) reforça que estas dimensões não são traços fixos, mas processos relacionais dinâmicos que podem ser desenvolvidos e reforçados ao longo do ciclo vital.

Gottlieb (2013), no Modelo Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, desenvolve este conceito ao defender que o papel do enfermeiro é identificar, apoiar e potenciar as forças já existentes nas famílias, evitando centrar a intervenção nas fragilidades. O cuidado é entendido como um processo colaborativo e capacitador, no qual a família é reconhecida como protagonista do seu desenvolvimento e da sua saúde.

Relação entre forças familiares, funcionalidade e resiliência

A resiliência familiar é o processo através do qual a família mobiliza os seus recursos internos e externos para enfrentar adversidades e reorganizar-se de forma adaptativa (Walsh, 1996). Enquanto as forças familiares representam um recurso ou capacidade específica, a resiliência traduz o processo que permite à família utilizar esses recursos perante situações de stress ou crise.

Walsh (1996) propõe um modelo de resiliência familiar assente em três domínios principais:

- Sistemas de crenças familiares, que conferem significado às experiências e promovem esperança e sentido;
- Padrões organizacionais flexíveis, que favorecem adaptabilidade, coesão e mobilização de suporte;
- Processos comunicacionais claros e empáticos, que facilitam expressão emocional e resolução colaborativa de problemas.

Esta articulação permite compreender que famílias com níveis mais elevados de organização, crenças positivas e comunicação eficaz tendem a apresentar maior capacidade de adaptação perante eventos stressantes, mantendo o equilíbrio sistémico (Walsh, 2016; Olson, 2000).

Relvas (2006) sustenta que a saúde familiar depende da capacidade do sistema se reorganizar perante as exigências desenvolvimentais, mantendo simultaneamente a sua identidade e continuidade relacional. De modo semelhante, Alarcão (2002), entende a resiliência familiar como resultado da interação contínua entre forças internas (coesão, afeto, comunicação) e recursos externos (apoio social e comunitário).

Forças familiares e prática de Enfermagem de Saúde Familiar

Na Enfermagem de Saúde Familiar, o reconhecimento das forças familiares é um princípio orientador da prática clínica especializada. O enfermeiro especialista deve promover intervenções que valorizem os recursos da família, reforçando a sua autonomia e capacidade adaptativa (OE, 2019).

Wright e Leahey (2011) salientam que a avaliação das forças familiares é fundamental para compreender como a família responde às transições e planear intervenções que reforcem as suas competências e recursos.

Através da observação clínica, da entrevista terapêutica familiar e da utilização de instrumentos estruturados, como o Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2011), o enfermeiro pode identificar fatores de proteção e estratégias de *coping* eficazes, apoiando a família na consolidação dessas capacidades.

Gottlieb (2016) descreve esta abordagem como um processo centrado na parceria e no empoderamento, onde enfermeiro e família colaboram na construção de soluções e na promoção da saúde. Ao reconhecer e reforçar as forças familiares, o enfermeiro contribui para o fortalecimento da resiliência do sistema familiar, potenciando a capacidade da família para enfrentar futuras crises.

2.7. Enfermagem de família

A Enfermagem de Saúde Familiar assenta no paradigma sistémico, relacional e colaborativo, que reconhece a família como unidade de cuidados e como sistema dinâmico, interdependente e em permanente adaptação. Este enquadramento conceptual valoriza as interações, a reciprocidade e os processos de influência mútua entre os membros da família (Friedman, 1998; Wright & Leahey, 2011).

De acordo com Friedman (1998), a enfermagem com famílias pode ser conceptualizada segundo diferentes perspetivas, dependendo da forma como o enfermeiro define o seu objeto de cuidado: família como contexto, quando o foco principal é o indivíduo e a família constitui um recurso de suporte; família como cliente, quando a família é considerada a unidade de cuidado; família como sistema, quando a intervenção incide nas interações, papéis e padrões relacionais; e família como componente da sociedade, quando se analisam as interações entre a família e os sistemas sociais mais amplos. Estas perspetivas não são mutuamente exclusivas, mas representam diferentes formas de abordagem no cuidado à família (Friedman, 1998).

Wright e Leahey (2011) reforçam esta visão ao defenderem que a prática de enfermagem com famílias deve centrar-se nas interações, significados e processos relacionais, reconhecendo a família como parceira ativa no processo de cuidado. A avaliação e intervenção familiar assumem, assim, uma natureza colaborativa, orientada para a identificação de forças, necessidades e padrões de funcionamento.

De acordo com o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar (OE, 2015a), a prática da Enfermagem de Saúde Familiar estrutura-se em torno dos conceitos fundamentais da disciplina, Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem, que orientam a avaliação e a intervenção do enfermeiro no contexto familiar.

A **saúde** é compreendida como um processo dinâmico, relacional e contextualizado, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais, espirituais e culturais.

A **família** é reconhecida como uma unidade de cuidados, sistema único e interdependente, dotada de história, cultura, valores e forças próprias, que influenciam a perceção e a gestão da saúde.

O **ambiente** inclui o conjunto de contextos físicos, sociais e comunitários que moldam as interações familiares e a sua capacidade de adaptação.

A **enfermagem** é definida como disciplina científica e prática relacional que intervém em parceria com a família, promovendo o bem-estar, prevenindo a doença e fortalecendo as competências e a autonomia do sistema familiar.

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros define as competências específicas EEESF, reconhecendo-o como profissional qualificado para intervir junto das famílias ao longo do ciclo vital. Este regulamento enfatiza a intervenção com e para as famílias, centrada na promoção da autonomia, na capacitação e na participação ativa do sistema familiar nos processos de decisão e gestão da saúde. Destaca ainda a atuação sobre os processos desenvolvimentais, transicionais e de adaptação familiar, reforçando a

importância da avaliação sistemática das dinâmicas familiares e da mobilização de recursos internos e externos (OE, 2018).

Neste enquadramento, a Enfermagem de Saúde Familiar constitui uma abordagem sistémica e colaborativa que articula avaliação, diagnóstico, planeamento e intervenção em parceria com a família, promovendo a funcionalidade familiar, a adaptação às transições normativas do ciclo vital e às crises não normativas, bem como o fortalecimento de recursos internos e externos que potenciem a resiliência do sistema familiar (Wright & Leahey, 2011; Relvas, 2006).

2.8. Teorias aplicadas à enfermagem de família

Reconhecendo-se a existência de múltiplos referenciais teóricos aplicáveis à Enfermagem de Família, opta-se nesta secção por aprofundar modelos que sustentaram de forma direta a prática clínica desenvolvida durante os ensinamentos clínicos. A seleção destes referenciais decorre da sua coerência com o paradigma sistémico e da sua aplicabilidade na avaliação e intervenção junto das famílias acompanhadas.

Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman conceptualiza a pessoa, a família e a comunidade como sistemas abertos, em constante interação com stressores internos, externos e interpessoais. Cada sistema procura manter um estado de equilíbrio através de mecanismos de defesa e de adaptação. Neste modelo, a intervenção de enfermagem é orientada para a prevenção do impacto dos stressores e para a manutenção ou restabelecimento da estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Esta teoria revelou-se pertinente na identificação de fatores de risco e na estruturação de intervenções preventivas junto de famílias em situações de vulnerabilidade, como em situações de sobrecarga do cuidador, doença crónica ou luto.

Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis (2010), constitui um referencial fundamental para a prática de enfermagem. A autora define transição como um processo complexo e multidimensional de passagem de um estado, condição ou situação para outro, implicando alterações na identidade, nos papéis, nas relações e nos padrões de comportamento.

As transições podem assumir diferentes naturezas, nomeadamente:

- Desenvolvimentais (ex.: parentalidade, adolescência, envelhecimento);
- Situacionais (ex.: mudança de emprego, migração);
- Transições de saúde-doença (ex.: diagnóstico de doença crónica);
- Organizacionais (ex.: alterações no sistema de cuidados).

Segundo Meleis (2010), as transições não são eventos pontuais, mas processos que decorrem ao longo do tempo e que envolvem fases de instabilidade, adaptação e eventual integração de novos significados e competências. Segundo Meleis, (2010), a experiência e os resultados da transição são influenciados por condições facilitadoras e inibidoras, que podem potenciar ou dificultar a adaptação. Entre as condições facilitadoras incluem-se o suporte social, o conhecimento e a preparação, enquanto fatores como incerteza, isolamento, vulnerabilidade ou sobrecarga podem comprometer o processo adaptativo.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, este referencial revela-se particularmente relevante, uma vez que as famílias experienciam transições contínuas ao longo do ciclo vital, bem como eventos não normativos que exigem reorganização do sistema. A compreensão destes processos permite ao enfermeiro identificar momentos de vulnerabilidade acrescida e planear intervenções facilitadoras da adaptação saudável.

A articulação desta teoria com os modelos desenvolvimentistas do ciclo vital (Duvall, 1957; Relvas, 2006) permite compreender que cada estágio familiar implica transições específicas, que podem influenciar a funcionalidade e a resiliência do sistema familiar.

Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender

A Teoria da Promoção da Saúde, desenvolvida por Nola Pender em 1982, e posteriormente revista, tem como objetivo explicar e prever comportamentos promotores de saúde, identificando os fatores que influenciam a adoção de estilos de vida saudáveis.

Segundo Pender et al. (2011), o comportamento promotor de saúde resulta entre fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), percepções de benefícios e barreiras, autoeficácia percebida e influências interpessoais e situacionais.

Embora centrado predominantemente no indivíduo, o modelo reconhece a importância das influências interpessoais e contextuais, o que permite a sua articulação com a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, particularmente na promoção de estilos de vida saudáveis no contexto familiar.

Neste enquadramento, o enfermeiro assume um papel facilitador na promoção da capacitação e da tomada de decisão informada, apoiando indivíduos e famílias na adoção de comportamentos saudáveis (Pender et al., 2011).

Teoria Transcultural de Madeleine Leininger

A Teoria Transcultural de Madeleine Leininger introduziu a dimensão da diversidade cultural como elemento central na prática de enfermagem. A autora defende que os cuidados devem ser culturalmente congruentes, ou seja, coerentes com os valores, crenças e práticas das pessoas e famílias a quem são dirigidos (Leininger & McFarland, 2002).

Segundo Leininger, o cuidado constitui a essência da enfermagem e deve ser compreendido à luz dos contextos culturais nos quais os indivíduos e as famílias estão inseridos. A autora propõe que o enfermeiro desenvolva competências de avaliação cultural, reconhecendo que os significados atribuídos à saúde, à doença, ao sofrimento e ao cuidado variam entre grupos culturais (Leininger & McFarland, 2002).

O Modelo Sunrise, proposto por Leininger, constitui a representação conceptual da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. O modelo evidencia a influência de múltiplos fatores estruturais, tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, culturais, políticos, económicos e educacionais, na experiência de saúde e nos significados atribuídos ao cuidado.

No centro do modelo encontra-se o cuidado cultural, considerado a essência da enfermagem, devendo ser prestado de forma culturalmente congruente. A teoria identifica três modalidades de ação de enfermagem culturalmente congruente:

- Preservação ou manutenção cultural, quando as práticas culturais são benéficas para a saúde;

- Acomodação ou negociação cultural, quando se ajustam práticas culturais de modo a favorecer resultados de saúde;
- Reestruturação ou repadronização cultural, quando se modificam práticas potencialmente prejudiciais, respeitando os valores da pessoa ou família (Leininger & McFarland, 2002).

Esta teoria assume particular relevância num contexto de crescente diversidade sociocultural, onde o enfermeiro é desafiado a compreender significados culturais de saúde, doença e cuidado, respeitando tradições e promovendo o diálogo intercultural.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, este referencial é particularmente relevante na avaliação das dinâmicas culturais que influenciam os papéis familiares, as decisões relativas à saúde e os padrões de cuidado intergeracional. A sua aplicação permite ao enfermeiro desenvolver intervenções culturalmente sensíveis, promovendo compreensão mútua e respeito pela diversidade cultural.

Cuidar em Enfermagem Baseada nas Forças (Laurie Gottlieb)

O Cuidar em Enfermagem Baseada nas Forças, proposto por Laurie Gottlieb (2016), constitui uma abordagem que desloca o foco exclusivo do défice e da patologia para o reconhecimento do potencial das pessoas, famílias e comunidades. Este modelo defende uma intervenção colaborativa centrada na valorização das forças, recursos e competências das pessoas e das famílias, privilegiando as suas capacidades de adaptação e desenvolvimento em detrimento de uma abordagem centrada apenas nos problemas ou limitações.

Segundo Gottlieb (2016), o modelo assenta num conjunto de valores fundamentais, entre os quais se destacam o respeito pela dignidade humana, a crença na capacidade das pessoas para crescer e mudar, a valorização do contexto, a importância da relação terapêutica, bem como a promoção da saúde e do desenvolvimento humano. Nesta perspetiva, o enfermeiro estabelece uma parceria colaborativa com a pessoa e a família, reconhecendo o seu papel ativo no processo de cuidado.

A autora define “forças” como qualidades, competências, recursos e capacidades que permitem às pessoas e famílias enfrentar desafios e alcançar bem-estar. O foco do cuidado não exclui o problema, mas procura compreendê-lo à luz das capacidades existentes.

Gottlieb (2016) refere ainda que as forças podem emergir de diferentes origens, incluindo forças já existentes, potenciais forças ainda não reconhecidas e mesmo situações de défice que podem ser transformadas em novas capacidades. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel facilitador na identificação, reconhecimento e ampliação das forças presentes na pessoa ou na família.

Para apoiar este processo, a autora propõe o denominado processo em espiral, que representa o processo de enfermagem como um percurso dinâmico e não linear de descoberta e mobilização das forças familiares. Este processo integra quatro momentos interligados: explorar e conhecer a pessoa e a família, identificar prioridades em parceria, implementar estratégias baseadas nos recursos disponíveis e, por fim, refletir e avaliar o progresso alcançado, ajustando as intervenções sempre que necessário (Gottlieb, 2016).

2.9. Instrumentos de avaliação e intervenção familiar

A formação avançada em Enfermagem de Saúde Familiar valoriza a utilização de modelos teóricos e instrumentos de avaliação familiar que sustentam o raciocínio clínico e promovem uma prática fundamentada e consistente (Marques et al., 2024).

No contexto da prática da Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal, dois modelos destacam-se pela sua aplicabilidade e relevância clínica: o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que se apresentam de seguida de forma resumida.

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF)

Em Portugal, o MCAIF é reconhecido pela OE como referencial teórico e operativo relevante para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, conforme explicitado na Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Neste documento, o MCAIF é identificado como modelo que sustenta um olhar sistémico, relacional e centrado na família, orientando a avaliação, o diagnóstico e a intervenção familiar (OE – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023).

Desenvolvido por Wright e Leahey, é um dos modelos mais amplamente utilizados na Enfermagem de Família, servindo de base conceptual a referenciais posteriores, incluindo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012). O MCAIF integra contributos da teoria geral dos sistemas, da cibernética, da teoria da comunicação e da teoria da mudança, sendo influenciado pelo pós-modernismo e perspectiva construtivista, permitindo compreender a família como um sistema aberto, dinâmico e interdependente em constante adaptação (Wright & Leahey, 2011).

O modelo organiza-se em duas componentes complementares: o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), publicado em 1984, e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), publicado em 1994. O MCAIF adota uma definição inclusiva de família enquanto “quem os seus membros dizem que são”, valorizando os significados atribuídos, as relações estabelecidas e os contextos em que estas se desenvolvem. O MCAF estrutura-se em três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional. A avaliação estrutural analisa a composição, a organização e os vínculos da família, considerando a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto em que a família se insere.

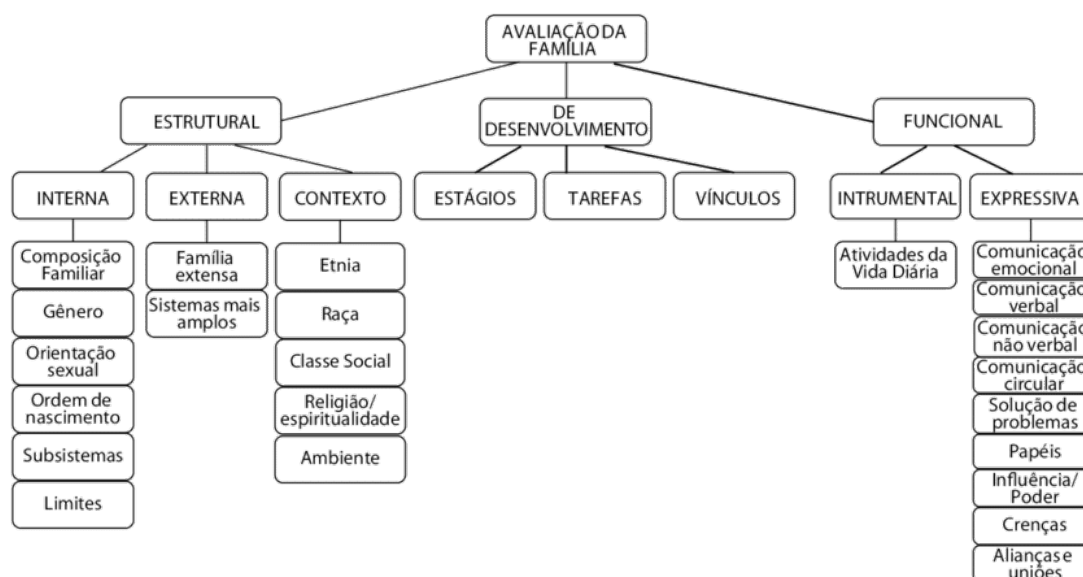


Figura 2 - Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família

Fonte: Adaptado de Wright & Leahey (2012)

Instrumentos como o genograma e o ecomapa são fundamentais neste processo, permitindo representar graficamente a organização familiar, padrões intergeracionais, redes de suporte e relações com sistemas comunitários. O genograma contribui para identificar padrões relacionais, transições familiares e eventos marcadores através de pelo menos três gerações, constituindo um recurso central na tomada de decisão clínica (Figueiredo, Rego, et al., 2023). O ecomapa evidencia as ligações da família ao seu ambiente social, identificando fontes de apoio, recursos comunitários e potenciais áreas de vulnerabilidade (Figueiredo, 2023).

A avaliação desenvolvimental permite compreender o ciclo vital familiar, as tarefas desempenhadas e os desafios associados a cada fase, possibilitando ao enfermeiro planejar cuidados antecipatórios e adequados ao momento de desenvolvimento da família. A avaliação funcional centra-se na forma como os membros interagem, comunicam e desempenham papéis, distinguindo o funcionamento instrumental, relacionado com atividades de vida diária, rotinas e responsabilidades, do funcionamento expressivo, que integra a comunicação verbal e não verbal, a expressão emocional, a resolução de problemas, a tomada de decisão, as crenças familiares, os padrões de poder, as alianças e coligações. Estas dimensões revelam aspetos essenciais para compreender a funcionalidade global da família e o impacto das suas interações no bem-estar dos seus membros (Wright & Leahey, 2011).

O MCIF complementa a avaliação, orientando a intervenção nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. Este modelo orienta-se para a facilitação de mudança terapêutica. No domínio cognitivo, a intervenção visa favorecer a reformulação de significados e a construção de novas perspetivas sobre a situação vivenciada pela família. No domínio afetivo, promove-se a validação e a expressão emocional, facilitando a partilha de sentimentos e o fortalecimento dos vínculos. No domínio comportamental, incentiva-se a experimentação de novas estratégias de interação e resolução de problemas, com vista à melhoria do funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido e validado em Portugal, foi concebido no contexto dos CSP, procura adaptar o referencial sistémico à realidade organizacional e cultural portuguesa (Figueiredo, 2012).

Inspirado no pensamento sistémico e nas teorias da complexidade e auto-organização, o modelo considera a família como unidade de intervenção e cliente dos cuidados de enfermagem, dotada de propriedades de globalidade, equifinalidade e autorregulação (Figueiredo, 2012).

A autora defende que a família deve ser compreendida como um sistema vivo e interdependente, em permanente interação com o meio envolvente, num processo de cocriação do cuidado entre enfermeiro e família. Este paradigma colaborativo reforça a valorização das forças familiares e a parceria terapêutica (Figueiredo, 2012).

Tal como o Modelo de Calgary, o MDAIF organiza-se em três dimensões, estrutural, desenvolvimental e funcional, que integram diferentes áreas de atenção familiar, representado na figura 3.

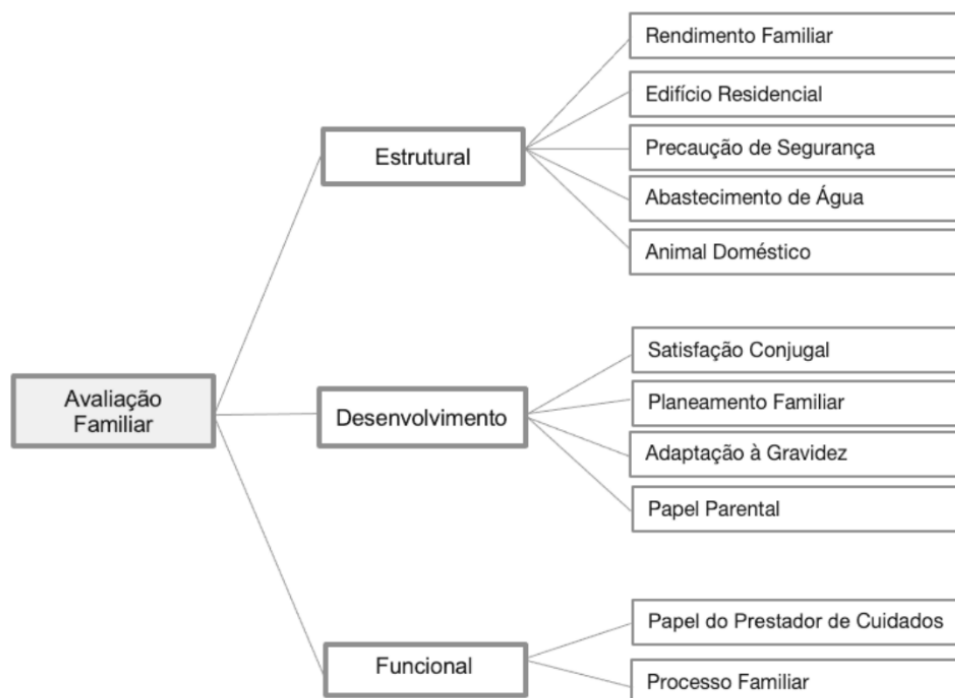


Figura 3 – Dimensão de Avaliação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
Fonte: Adaptado de Figueiredo, (2012)

Cada área de atenção possui dados de caracterização e critérios diagnósticos, que sustentam a formulação de diagnósticos de enfermagem e o planeamento de intervenções.

O modelo propõe um processo de enfermagem estruturado e reflexivo, no qual as etapas de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação de resultados se articulam de forma dinâmica. Esta sistematização permite mobilizar forças familiares e avaliar a eficácia das intervenções, assegurando cuidados personalizados, sensíveis ao contexto e baseados na evidência (Figueiredo, 2012).

Enquanto instrumento de orientação clínica e de gestão da informação, o MDAIF apresenta uma matriz operativa flexível, que integra todas as etapas do processo de enfermagem e permite documentar eletronicamente o trabalho do enfermeiro nos CSP através do sistema SClínico® (Figueiredo, 2012).

3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista integra um corpo de conhecimentos científicos aprofundados, competências clínicas avançadas e capacidade acrescida de julgamento e tomada de decisão, que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem de elevada complexidade, com elevado grau de autonomia e responsabilidade, respondendo de forma diferenciada às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades (OE, 2019). No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, o Enfermeiro Especialista distingue-se por mobilizar um saber avançado que sustenta uma prática clínica especializada centrada na família enquanto unidade de cuidados. A sua intervenção integra competências técnico-científicas, relacionais, comunicacionais e ético-deontológicas, permitindo-lhe desenvolver processos de avaliação e intervenção familiar sistemáticos, contextualizados e sensíveis às dinâmicas desenvolvimentais e estruturais do sistema familiar (OE, 2018).

Neste enquadramento, o presente capítulo tem como finalidade evidenciar o desenvolvimento das competências clínicas especializadas mobilizadas ao longo do percurso formativo no Mestrado, articulando a prática clínica realizada em contexto de estágio com a reflexão crítica.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização. Estas traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, integrando princípios éticos, conhecimento científico, raciocínio clínico, governação clínica, formação, assessoria e investigação (OE, 2019).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, estas competências organizam-se em quatro domínios:

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

Ao longo do percurso formativo e dos ensinamentos clínicos, estas competências foram mobilizadas de forma integrada e progressiva, refletindo-se na prática especializada em saúde familiar.

Domínio responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui o núcleo estruturante da prática especializada em enfermagem, orientando o exercício profissional segundo princípios éticos, normativos e jurídicos que asseguram cuidados de qualidade. Neste enquadramento, destaca-se o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), publicado através do Decreto-Lei n.º 161/96, que estabelece os fundamentos legais da profissão, definindo os direitos, deveres, competências e responsabilidades do enfermeiro. O REPE reconhece a enfermagem como uma profissão autónoma, dotada de um corpo de conhecimentos próprios, e estabelece que o enfermeiro é responsável pelos atos que pratica, devendo garantir a segurança e o bem-estar das pessoas, a confidencialidade da informação, a defesa dos direitos humanos e o respeito pela dignidade da pessoa.

Este regulamento também clarifica que a tomada de decisão em enfermagem deve basear-se no julgamento clínico profissional, sustentado por conhecimento científico atualizado, competências técnicas, capacidade reflexiva e observância rigorosa das normas éticas e legais. Assim, o REPE constitui um elemento fundamental para compreender a responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito à autonomia na tomada de decisão e à prestação de cuidados complexos.

Neste domínio integra-se ainda o Código Deontológico do Enfermeiro, que complementa o REPE ao detalhar os deveres éticos associados à prática profissional, entre os quais se destacam o respeito pela privacidade, a promoção da autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência. Estes princípios orientam a relação terapêutica e sustentam a tomada de decisão ética, especialmente em situações de vulnerabilidade familiar, riscos psicossociais ou dilemas éticos.

Ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, este domínio assumiu um papel transversal na prática clínica, orientando a avaliação familiar, a relação terapêutica, o julgamento clínico e a implementação de intervenções. Nos pontos seguintes descrevem-se as unidades de competência que integram este domínio e a forma como foram operacionalizadas nos estágios.

Competência A.1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas

A tomada de decisão clínica desenvolvida ao longo da prática clínica assentou numa abordagem colaborativa, centrada na família como unidade de cuidados. A construção dos planos de intervenção foi realizada em parceria com os utentes e famílias, integrando os seus objetivos, expectativas e prioridades, promovendo a sua participação na definição das estratégias de resolução de problemas.

O julgamento clínico que acompanhou este processo apoiou-se continuamente no conhecimento científico mobilizando modelos teóricos estruturantes da prática familiar, como o MCAIF, o MDAIF, a Teoria das Transições de Meleis e os princípios do Cuidar Baseado nas Forças. A articulação destes referenciais com as normas e orientações da DGS permitiu fundamentar decisões adequadas à complexidade das situações observadas.

A tomada de decisão em equipa, em articulação com a enfermeira orientadora e outros profissionais da equipa possibilitou integrar diferentes perspetivas clínicas, promover raciocínio conjunto e desenvolver respostas mais completas face às necessidades identificadas nas famílias acompanhadas.

O respeito pelos princípios éticos e deontológicos constituiu uma referência constante. A proteção da dignidade, da autonomia e dos direitos das famílias orientaram cada intervenção, assegurando que a prática refletisse os valores da profissão e promovesse um ambiente de confiança e segurança. Este compromisso ético estendeu-se também ao cumprimento do enquadramento legal aplicável, nomeadamente através da obtenção do consentimento informado, da salvaguarda da privacidade e da proteção dos dados pessoais de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e com as políticas internas da unidade de saúde (RGPD, 2016).

A postura profissional adotada ao longo do estágio procurou promover um exercício responsável, ético e humanizado, modelando boas práticas e contribuindo para um ambiente clínico pautado pelo respeito, pela integridade e pela responsabilidade profissional.

A1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade

Ao longo dos ensinamentos clínicos, participei em momentos de reflexão e análise partilhada, contribuindo para discutir questões relacionadas com a prática em enfermagem de saúde familiar. Dialoguei com colegas e com a minha orientadora sobre situações específicas no acompanhamento das famílias. Estas trocas de perspetivas permitiram explorar diferentes possibilidades de intervenção, num registo formativo e colaborativo.

Nestes momentos de discussão clínica, partilhei também contributos relacionados com os modelos teóricos da enfermagem familiar, em algumas situações, abordei a perspetiva da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger. A reflexão partilhada teve como objetivo contribuir para um processo de tomada de decisão mais completo, ponderado e coerente com os princípios da enfermagem de saúde familiar.

Reconheci igualmente os limites da minha atuação enquanto estudante em formação avançada, com supervisão sempre que a complexidade da situação o exigiu. Esse processo incluiu a identificação da situação ética e dos potenciais problemas presentes, a recolha e análise da informação relevante, a clarificação dos valores, princípios e direitos envolvidos, a ponderação das diferentes alternativas de ação e das suas possíveis consequências, a tomada de decisão mais ajustada ao contexto e, por fim, a avaliação da decisão adotada. Esta postura permitiu garantir uma atuação ética, prudente e responsável, enquanto consolidou a minha autonomia progressiva em áreas nas quais já tinha maior domínio.

A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

Ao longo dos estágios, procurei analisar de forma sistemática a adequação das decisões tomadas, confrontando-as com os objetivos definidos em conjunto com as famílias e com os resultados observados. Esta monitorização permitiu identificar ganhos em saúde, ajustamentos necessários e oportunidades de melhoria.

A reflexão sobre os resultados das intervenções fez parte integrante da minha prática, recorrendo a momentos de supervisão e discussão com a orientadora. Estas reflexões permitiram visitar as decisões adotadas, avaliar o impacto das intervenções na dinâmica e no funcionamento familiar.

Os registos realizados no SClínico® revelaram-se igualmente fundamentais para a avaliação e partilha deste processo. Através deles, pude documentar o processo de enfermagem, tornar visível o percurso clínico e promover a continuidade dos cuidados em equipa.

Competência A.2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos

A promoção e defesa dos direitos humanos esteve presente na minha prática ao longo dos estágios. Em todas as interações, mantive uma postura de respeito pelos ritmos, decisões e valores das famílias, reconhecendo a autodeterminação como elemento fundamental da relação terapêutica.

A disponibilização de informação clara, acessível e ajustada ao nível de literacia de cada família foi igualmente uma prioridade, garantindo que compreendiam o processo de cuidados, as decisões tomadas e as implicações das opções disponíveis.

A proteção da confidencialidade e da informação constitui uma preocupação constante da minha prática. Mantive rigor nos registos clínicos, assegurei o bloqueio do SClínico® sempre que necessário e evitei a exposição involuntária de dados pessoais em espaços partilhados. Paralelamente, promovi a privacidade física e emocional das famílias, realizando atendimentos em espaços reservados e garantindo que o ambiente favorecia o conforto, a segurança e a confiança.

A sensibilidade cultural e espiritual marcou igualmente a minha prática, orientando a adaptação das intervenções aos valores, crenças e práticas específicas de cada família.

A2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente

Refleti sobre as medidas de prevenção de práticas de risco, cumprindo as normas de segurança e os procedimentos organizacionais, nomeadamente na avaliação de risco de quedas ou sobrecarga do cuidador. Esta atuação antecipatória refletiu-se também na preparação cuidadosa do ambiente clínico, tanto nas consultas como nas visitas domiciliárias, assegurando condições que garantissem privacidade, segurança física e respeito pela dignidade da família.

Tomei conhecimento dos procedimentos institucionais para o registo e notificação de incidentes, compreendendo a sua importância para a monitorização da segurança e para a melhoria contínua da qualidade. Esta consciencialização contribuiu para reforçar uma cultura de responsabilidade, prevenção e segurança no contexto da prática clínica.

Domínio melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui um pilar fundamental do exercício especializado em enfermagem, integrando os princípios da governação clínica, da segurança do doente e da responsabilidade profissional na prestação de cuidados. Ao longo dos ensinamentos clínicos, este domínio expressou-se na análise sistemática das práticas de cuidados, na identificação de oportunidades de melhoria e na participação em processos de monitorização interna, evidenciando um compromisso permanente com a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e sustentados na evidência científica.

Competência B.1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, mobilizei conhecimentos que permitiram analisar as práticas desenvolvidas e identificar oportunidades de melhoria. Recorri à reflexão conjunta com a orientadora para integrar práticas baseadas na evidência, nomeadamente na organização dos registos, na abordagem familiar e na segurança dos cuidados. Esta postura permitiu contribuir para um ambiente de cuidados mais rigoroso e coerente com os princípios da governação clínica.

B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

No âmbito dos estágios, apesar de não ter assumido a liderança formal de projetos institucionais, participei ativamente na elaboração, execução e monitorização do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) dedicado à prevenção de quedas no idoso, inserido nas iniciativas estratégicas de melhoria contínua da qualidade da USF. Este envolvimento permitiu-me integrar processos de governação clínica que visam a redução de riscos, a uniformização de práticas e o reforço da segurança do utente, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 da OE, que atribui ao enfermeiro especialista um papel participativo na orientação de projetos de qualidade.

Competência B.2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.

Ao longo da prática clínica, desenvolvi uma avaliação contínua da qualidade das práticas de enfermagem, analisando a conformidade das intervenções com as normas institucionais, a evidência científica e os princípios ético-deontológicos da profissão. Esta avaliação permitiu reconhecer forças e fragilidades da prática, nomeadamente lacunas nos registos clínicos ou necessidades de melhoria na comunicação e no envolvimento das famílias nos processos de decisão.

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.

Durante os ensinamentos clínicos, participei no planeamento de estratégias de melhoria contínua, analisando as necessidades assistenciais e organizacionais identificadas na unidade, nomeadamente o risco de quedas e fragilidades nos registos clínicos. Estas observações foram discutidas com a enfermeira orientadora, permitindo definir prioridades e propor medidas para melhorar a qualidade dos cuidados.

Neste contexto, participei na identificação da avaliação de risco de quedas como área prioritária, e colaborei no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua dedicado a este tema. Paralelamente, dinamizei formação dirigida à equipa na área do luto e do processo de enfermagem à família, com enfoque nos registos no SClínico®, promovendo a uniformização de práticas. Estas intervenções contribuíram de forma estruturada para a melhoria da resposta da unidade e para a segurança e bem-estar das famílias acompanhadas.

Competência B.3: Garante um ambiente terapêutico e seguro

B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

Procurei assegurar condições físicas e emocionais adequadas nas consultas e visitas domiciliárias, garantindo privacidade às pessoas e famílias acompanhadas. Adaptei o ambiente clínico às suas necessidades específicas, incluindo aspetos culturais e espirituais, promovendo um espaço terapêutico seguro e facilitador da comunicação.

Envovi as famílias de forma ativa, assegurando que as suas preferências, valores e expectativas fossem respeitados. Paralelamente, cumpri rigorosamente as normas de segurança institucional, nomeadamente a identificação inequívoca do utente, a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde e a manutenção de práticas seguras no manuseamento de dispositivos e materiais.

No domínio da segurança da informação, adotei medidas adequadas para a proteção dos dados pessoais e dos registos eletrónicos, respeitando os princípios legais e éticos aplicáveis.

B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Conheci o documento relativo ao mapa de riscos da USF, bem como os procedimentos de participação de incidentes e eventos adversos. Tive igualmente contacto com os planos de emergência e de atuação em caso de falência informática.

Organizei o meu trabalho de forma a reduzir a probabilidade de erro ou acidente, cumprindo as normas de prevenção e controlo da infeção, nomeadamente os “5 Momentos para Higiene das Mãos”, e adotando práticas seguras em todas as intervenções. Colaborei ainda com a enfermeira orientadora na manutenção preventiva de materiais e equipamentos, garantindo a sua operacionalidade e segurança.

Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados integra um conjunto de competências que permitem ao enfermeiro especialista assegurar a coordenação, organização e eficiência das intervenções de enfermagem, promovendo a articulação interprofissional e a utilização adequada dos recursos disponíveis.

Competência C.1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

Participei nas reuniões multidisciplinares e apoiei a tomada de decisão clínica, articulando informação relevante entre os diferentes profissionais e contribuindo para a continuidade dos cuidados. Disponibilizei assessoria à equipa no âmbito da saúde familiar e referenciei em conjunto com enfermeira orientadora, para RNCCI e para curso de preparação para parentalidade.

C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Supervisionei tarefas delegadas com o objetivo de garantir o cumprimento das normas de segurança e qualidade. Destaco a orientação da equipa de limpeza na higienização dos gabinetes e na recolha e transporte de materiais para esterilização. Esta supervisão contribuiu para um ambiente clínico seguro e para a manutenção de boas práticas assistenciais.

Competência C.2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Colaborei na organização do trabalho da equipa, articulando com todos os profissionais para maximizar a eficiência dos recursos, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Apliquei legislação, políticas internas e procedimentos de gestão.

Compreendi os papéis e funções dos diferentes elementos da equipa, o que facilitou a distribuição adequada de tarefas e a articulação interprofissional. Procurei contribuir para um ambiente de trabalho positivo e motivador, valorizando a comunicação e a cooperação.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Adequei a minha atuação às características do contexto, promovendo colaboração e responsabilidade partilhada. Procurei contribuir para um ambiente favorável à prática clínica, incentivando a comunicação aberta, a ajuda mútua e o respeito pelos diferentes contributos profissionais.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aprendizagem profissional contínua constitui um pilar essencial do exercício especializado em enfermagem. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, este domínio traduz-se na capacidade de desenvolver autoconhecimento, integrar evidência científica na prática, promover ambientes de aprendizagem e mobilizar competências que sustentam uma prática clínica segura, crítica e fundamentada.

Competência D.1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

Procurei desenvolver autoconhecimento e reconhecer de que forma as minhas características pessoais influenciam a relação terapêutica com as famílias e a interação com a equipa multidisciplinar. Identifiquei recursos e limites pessoais, profissionais e enquanto estudante, ajustando o meu comportamento e comunicação às necessidades do contexto e das pessoas acompanhadas. Esta consciência permitiu-me atuar de forma mais intencional, empática e assertiva, contribuindo para relações terapêuticas mais eficazes.

D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Integrei o feedback dados pelos outros na melhoria contínua da prática. Geri emoções e sentimentos de forma adequada, garantindo respostas eficientes e profissionalmente ajustadas. Utilizei estratégias de prevenção e resolução de conflitos, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo, seguro e favorável à qualidade dos cuidados.

Competência D.2: Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica**D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.**

Identifiquei, em conjunto com a enfermeira orientadora, necessidades formativas na equipa, contribuindo para a formação interna em saúde familiar. Realizei formação à equipa multiprofissional na área do luto, promovendo a atualização científica e o alinhamento das práticas com os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar (Apêndice I). Realizei formação à equipa de enfermagem na área da Família como Unidade de Cuidados (Apêndice II). Estas participações reforçaram o meu papel enquanto facilitadora de aprendizagem e promotora do desenvolvimento profissional contínuo.

D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.

Promovi a incorporação de conhecimento e da especialização em enfermagem de saúde familiar no contexto da prática clínica da USF, valorizando a utilização de modelos teóricos, instrumentos de avaliação e intervenções baseadas na evidência. Procurei oportunidades de investigação e desenvolvi um estudo próprio, apresentado no capítulo seguinte. Divulguei os resultados relevantes para a prática, contribuindo para o avanço do conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar.

Durante o percurso de formação, participei ativamente na produção e divulgação de conhecimento científico em diferentes contextos académicos e profissionais (Anexo I). Fui coautora de várias comunicações livres e pósteres apresentados em congressos nacionais e internacionais, nomeadamente no *International Congress Family Health* (ICFH'25), onde foi apresentado o póster "Intervenção de Enfermagem à Família em Processo de Luto" e onde apresentei o póster "Estratégias de Intervenção à Família em Transição para a Parentalidade".

Participei no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar com a comunicação "Registos de Enfermagem nas USF: Foco nos indicadores ou na qualidade dos cuidados?", no III Congresso Internacional A Criança no Mundo Hoje e Amanhã com a comunicação livre "Contraceção de Emergência na Adolescência: Um Dilema Ético", e no 4.º Seminário Nacional & 1.º Seminário Internacional Enfermagem Saúde Familiar, ULS de São João, com a comunicação oral "Comunicação Familiar em Perspetiva Cinematográfica: O Enfermeiro de Família como Facilitador Terapêutico", distinguida com Menção Honrosa.

Participei também no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria com o póster "Modelo Calgary: Avaliação Familiar e Impacto na Prática do Enfermeiro de Família".

Participei ainda, no contexto da minha prática profissional, numa investigação sobre o uso de métodos contraceptivos de barreira numa população adolescente, tendo colaborado na recolha e análise de dados. A minha integração neste projeto resultou do reconhecimento das competências desenvolvidas no âmbito deste mestrado. Os resultados foram posteriormente divulgados em contexto científico, através do ePoster, "Uso

De Contracetivos Barreira Numa População De Adolescentes Do Ensino Secundário Na Região De Pombal", apresentado no II Encontro de Outono, tendo sido distinguido com Menção Honrosa.

Fui palestrante do Workshop “Rastreo e Abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis na Medicina Geral e Familiar” nas MEDLEI – Jornadas Médicas de Leiria.

Estas participações contribuíram para a atualização científica contínua, para a consolidação da minha prática baseada na evidência e para o avanço e reconhecimento do conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar.

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar

As Competências Específicas do EEESF constituem o núcleo diferenciador da prática avançada em cuidados centrados na família. De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da OE, estas competências reforçam a capacidade do enfermeiro para compreender a família como sistema dinâmico, influenciado por múltiplos fatores relacionais, culturais e ambientais, exigindo uma intervenção clínica integrada, contínua e sensível às transições ao longo do ciclo vital.

A operacionalização destas competências durante os estágios permitiu aprofundar o raciocínio clínico, fortalecer a intervenção em contextos complexos e desenvolver uma prática baseada na evidência, orientada para a capacitação familiar, a promoção da autonomia e a obtenção de ganhos em saúde.

Competência: Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção

1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover saúde e gerir situações complexas.

Ao longo dos estágios desenvolvi uma relação terapêutica consistente com as famílias acompanhadas, privilegiando a comunicação empática, a criação de um espaço seguro e a identificação partilhada de objetivos. Nas consultas de Enfermagem de Saúde Familiar e nas visitas domiciliárias procurei envolver todos os elementos significativos da família, estimulando a expressão de preocupações, expectativas e prioridades e reforçando as forças familiares enquanto motor de mudança. A relação estabelecida com a “Família Constelação”, família acompanhada para desenvolvimento do processo de enfermagem no âmbito do Estágio II, com aplicação do MCAIF, constituiu um exemplo significativo deste trabalho, permitindo aprofundar a compreensão sistémica do seu funcionamento e co-construir intervenções adequadas às suas necessidades (Apêndice III).

1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.

Realizei a avaliação sistemática das famílias utilizando instrumentos reconhecidos na prática da Enfermagem de Saúde Familiar, incluindo o genograma, o ecomapa, MCAIF e o MDAIF. Esta recolha de dados contemplou fatores estruturais, desenvolvimentais e funcionais, permitindo compreender a organização interna, os padrões relacionais e os processos adaptativos das famílias. De forma complementar, enquadrei a análise nos pressupostos da Teoria das Transições de Meleis, identificando transições situacionais e desenvolvimentais. Simultaneamente, considerei os contributos da Teoria da Enfermagem Transcultural de Leininger,

reconhecendo o impacto da cultura, dos valores, das crenças e das práticas quotidianas nas experiências familiares e na tomada de decisão em saúde. Nas consultas integrei ainda informação proveniente dos registos clínicos, da observação direta e da comunicação interprofissional, construindo assim um quadro compreensivo, culturalmente sensível e multidimensional da situação familiar.

1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e doença em situações complexas.

Acompanhei famílias em diversos momentos do ciclo vital, monitorizando a evolução de situações como a transição para a parentalidade, a gestão da doença crónica e os processos de adaptação a mudanças significativas. Esta monitorização decorreu através de contactos presenciais, nos quais ajustei o plano de cuidados em função das respostas observadas, mobilizando o meu conhecimento clínico e teórico para uma tomada de decisão fundamentada. Considerei a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os fatores ambientais e os recursos da família, reconhecendo a forma como estes elementos influenciam a experiência da saúde e da doença.

1.4 — Desenvolve prática de enfermagem de família baseada na evidência científica.

Orientei a minha prática pelos referenciais teóricos e pela evidência científica atual na área da Saúde Familiar, integrando modelos de avaliação e intervenção reconhecidos, como o MCAIF e o MDAIF, e utilizando instrumentos validados.

Utilizei um pensamento sistemático e crítico, baseado nos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, o que facilitou uma compreensão abrangente da dinâmica familiar e dos focos de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar.

A participação em projetos de investigação e comunicações científicas no âmbito da saúde familiar contribuiu para consolidar esta prática baseada na evidência, favorecendo um exercício clínico mais reflexivo, fundamentado e capaz de gerar ganhos em saúde.

1.5 — Intervém eficazmente na promoção e recuperação do bem-estar familiar em situações complexas.

Desenvolvi intervenções orientadas para a promoção da saúde familiar e a mobilização de recursos internos e externos. Trabalhei com as famílias estratégias de comunicação saudável, reorganização de rotinas, reforço de competências parentais e gestão de transições, com o objetivo de potenciar a sua capacitação na definição de metas e expectativas promotoras de bem-estar. Criei um ambiente calmo e seguro para a discussão de temas difíceis, demonstrando disponibilidade, atenção e sensibilidade às necessidades expressas.

Utilizei estratégias motivacionais, nomeadamente a entrevista motivacional, para apoiar a tomada de decisão e promover o envolvimento ativo da família no processo terapêutico.

Adotei uma visão holística da família em todas as intervenções, analisando a forma como a dinâmica relacional, os fatores culturais, os recursos ambientais e a história familiar influenciam a experiência de saúde. Em colaboração com a família, construí planos de cuidados orientados para os resultados por ela definidos, reforçando a sua autonomia, participação e capacidade para alcançar mudanças sustentadas.

1.6 — Facilita a resposta da família em situações de transição complexa.

Intervim junto de famílias em diversas transições ao longo do ciclo vital, incluindo o nascimento de um filho, a gestão da doença crónica e os processos de luto, promovendo a compreensão do impacto destas mudanças nos seus padrões de funcionamento. Trabalhei com as famílias a identificação das forças que favorecem a adaptação. A intervenção com a “Família Constelação” permitiu aprofundar esta competência, ao apoiar a sua reorganização face a desafios relacionais e desenvolvimentais.

Identifiquei e analisei a dinâmica familiar com base no modelo estrutural de Minuchin, procurando compreender os padrões de interação que contribuem para a adaptação ou, pelo contrário, a dificultam. A partir desta análise, desenvolvi intervenções de natureza sistémica, orientadas para a reorganização das relações familiares e para o fortalecimento de dinâmicas de apoio mais eficazes. No processo interventivo, mobilizei estratégias sistémicas alinhadas com o Modelo de Calgary e com os princípios do Cuidar Baseado nas Forças. Recorri a perguntas circulares e narrativas para promover a reformulação de significados e facilitar a compreensão mútua entre os membros da família. Utilizei validação emocional e normalização das respostas, particularmente em contextos de luto, transição para a parentalidade e reorganização conjugal.

Integrei recursos terapêuticos como a metáfora e o conto sistémico, facilitando a diferenciação de papéis, a corresponsabilização e o posicionamento de cada elemento na dinâmica familiar. Valorizei o elogio das forças identificadas, promovendo *empowerment* familiar, e incentivei o planeamento de rituais familiares e momentos de lazer como forma de reforçar vínculos e práticas de autocuidado. Paralelamente, mobilizei recursos formais e informais da comunidade, sensibilizando as famílias para a importância das redes de apoio no processo adaptativo.

1.7 — Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.

Adotei uma postura de aprendizagem ao longo dos estágios, solicitando orientação sempre que necessário e refletindo criticamente sobre a prática para ajustar intervenções às necessidades das famílias. Procurei a orientação da enfermeira orientadora com o objetivo de melhorar continuamente a minha atuação, integrando o feedback recebido na planificação e execução dos cuidados.

Participei em reuniões de equipa, ações de formação e discussões clínicas, assumindo responsabilidade pelo desenvolvimento das minhas competências e pela qualidade dos cuidados prestados. Demonstrei iniciativa na preparação e condução de consultas familiares e na articulação com outros serviços, garantindo uma prática consistente com os padrões profissionais da especialidade.

Avaliei continuamente o meu desempenho, refletindo sobre as decisões tomadas e procurando formas de otimizar a intervenção. Paralelamente, investi no meu desenvolvimento pessoal e profissional através do estudo e aplicação dos conteúdos lecionados no mestrado, integrando-os de forma crítica e sistemática na prática clínica.

1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções.

Realizei avaliações contínuas das intervenções desenvolvidas, revendo objetivos com as famílias e analisando a evolução das suas respostas ao longo do processo terapêutico. Ajustei o plano de cuidados sempre que necessário, de forma partilhada e orientada para os resultados definidos pela própria família. Monitorizei a progressão dos diagnósticos familiares e acompanhei a evolução das estratégias delineadas, assegurando a sua adequação às necessidades emergentes.

Criei momentos específicos para avaliar a satisfação da família relativamente à relação terapêutica e aos cuidados prestados, promovendo um espaço de diálogo aberto e construtivo. Avaliei a eficácia das intervenções de enfermagem na consecução dos objetivos familiares e na obtenção de ganhos em saúde, registando no processo clínico as alterações de status dos focos de enfermagem e os progressos observados.

Competência: Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.

Integrei a equipa de saúde familiar e promovi a colaboração interdisciplinar sempre que oportuno, articulando com diferentes profissionais para garantir respostas adequadas e integradas. Geri a continuidade dos cuidados de uma família ao referenciar um utente para a RNCCI, e referenciei grávida para curso de preparação para a parentalidade. Paralelamente, apresentei às famílias a carta social e os recursos comunitários disponíveis, capacitando-as para decisões informadas sobre os apoios de que poderiam beneficiar.

Disponibilizei-me como consultora em situações que requeriam competências específicas da Enfermagem de Saúde Familiar, para colaborar na análise de casos complexos, na discussão de planos de cuidados e na orientação técnica.

2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, utilizei o SClínico® como instrumento para sistematização da informação recolhida, documentando diagnósticos e intervenções de enfermagem e assegurando a continuidade e partilha da informação clínica. Este sistema apoiou o planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados às famílias de forma organizada e coerente com o processo de enfermagem.

A nível da prevenção primária, desenvolvi intervenções para a literacia em saúde, promovi estilos de vida saudáveis, informei e referenciei para programas de saúde e participei na imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação e na campanha sazonal Outono–Inverno 2025-2026. Incentivei a adesão às consultas e ao regime terapêutico e envolvi as famílias na preparação para o parto e no exercício do papel parental.

No âmbito da prevenção secundária, realizei ensinamentos dirigidos à identificação precoce de sinais e sintomas de doença, esclareci sinais de alerta em populações vulneráveis, promovi a autovigilância e a gestão do regime medicamentoso, favorecendo a aceitação do estado de saúde e o compromisso com o plano terapêutico.

Relativamente à prevenção terciária, elaborei planos de cuidados dirigidos a familiares com doença crónica, envolvendo a família na aquisição de competências para o controlo da doença e na adaptação às novas exigências do quotidiano. Prestei ainda apoio em situações de perda, luto e crise familiar.

4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O presente capítulo integra o estudo de investigação desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. A investigação em Enfermagem de Saúde Familiar adquire particular relevância na compreensão dos processos de adaptação, das forças familiares e das dinâmicas relacionais que influenciam a saúde e o bem-estar das famílias, dimensões amplamente reconhecidas pelos modelos sistémicos e desenvolvimentais (Olson, 2000; Walsh, 2016; Wright & Leahey, 2011).

O capítulo apresenta uma investigação estruturada segundo os princípios metodológicos das ciências da saúde, abordando de forma sequencial o problema de investigação, a revisão da literatura pertinente, os métodos utilizados, a apresentação dos resultados e a discussão crítica dos mesmos. Este estudo emerge da necessidade identificada durante a prática clínica de aprofundar o conhecimento sobre as forças familiares, conceito desenvolvido por Stinnett e DeFrain (1985) e ampliado pela literatura contemporânea sobre resiliência familiar (Walsh, 2016), analisando a forma como estas se expressam em diferentes dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais do sistema familiar. A investigação procura, deste modo, produzir conhecimento aplicável à prática, reforçando a integração da evidência na tomada de decisão do EEESF e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias.

4.1. Enquadramento do estudo

As famílias constituem sistemas dinâmicos e interdependentes que enfrentam, ao longo do ciclo vital, transições, desafios e exigências que implicam reorganizações internas e ajustamentos contínuos. A capacidade para mobilizar recursos para lidar com essas transições reflete os processos de resiliência familiar, dos quais fazem parte as forças familiares, entendidas como padrões de funcionamento, crenças, emoções e estratégias que promovem coesão, flexibilidade e bem-estar (Walsh, 2016; Relvas, 2006).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, reconhecer e compreender estas forças é essencial para fundamentar intervenções centradas nas competências da família, indo além de abordagens focadas no défice. O Questionário de Forças Familiares (QFF), construído e validado para a população portuguesa por Melo e Alarcão (2011), constitui um instrumento particularmente relevante neste contexto, ao permitir avaliar quatro dimensões fundamentais da resiliência familiar: organização familiar positiva, crenças familiares positivas, gestão e suporte familiar e emoções positivas. A sua consistência interna elevada e estrutura fatorial estável reforçam a adequação do instrumento para investigação e prática clínica baseada na evidência.

Apesar deste enquadramento robusto, a investigação nacional sobre forças familiares permanece limitada, sobretudo no que respeita às suas variações ao longo das diferentes fases do ciclo vital e perante características estruturais, desenvolvimentais e de funcionamento da família. Estudos recentes realizados em Portugal têm reforçado a importância de compreender como os processos familiares influenciam o funcionamento global do sistema familiar e a sua capacidade adaptativa, salientando a necessidade de continuar a aprofundar este campo de estudo.

Deste modo, o problema central que orienta esta investigação emerge da necessidade de compreender como as famílias portuguesas percecionam as suas forças familiares e de que forma estas variam em função do ciclo vital e se relacionam com características desenvolvimentais, estruturais e relacionais do sistema familiar. Este conhecimento é particularmente relevante para o EEESF, ao permitir ajustar a intervenção aos recursos e potencialidades de cada família, promovendo processos adaptativos, autonomia e bem-estar, em consonância com os princípios da prática baseada na evidência (Wright & Leahey, 2011).

Por fim, importa referir que os conceitos fundamentais que sustentam esta problemática, nomeadamente os modelos sistémicos e de resiliência familiar, bem como o enquadramento da Enfermagem de Saúde Familiar, foram previamente aprofundados no Capítulo 2, permitindo enquadrar teoricamente o presente estudo e clarificar as bases conceptuais que orientaram a sua construção.

4.1.1. Formulação do problema

O presente estudo centra-se na seguinte problemática: Quais os níveis das forças familiares percebidas pelas famílias residentes em Portugal e de que forma se relacionam com características estruturais, desenvolvimentais e funcionais do sistema familiar?

4.1.2. Enquadramento teórico e empírico do estudo

A compreensão das forças familiares e dos processos que sustentam a adaptação e a resiliência ao longo do ciclo vital familiar tem vindo a assumir crescente relevância na investigação em Enfermagem de Saúde Familiar. Como apresentado no Capítulo 2, a família é concebida como um sistema dinâmico, aberto e interdependente, cuja capacidade adaptativa emerge da interação contínua entre fatores estruturais, relacionais, emocionais e contextuais (Relvas, 2006; Walsh, 1996). Nesta perspetiva sistémica, as forças familiares constituem elementos centrais para compreender a forma como os sistemas familiares respondem às exigências normativas e não normativas ao longo do seu percurso, mobilizando recursos que sustentam o bem-estar, a coesão e a funcionalidade do sistema (Stinnett & DeFrain, 1985; DeFrain & Asay, 2007; Walsh, 2016).

Esta capacidade adaptativa torna-se particularmente relevante quando analisada à luz do ciclo vital familiar. A perspetiva desenvolvimentista de Relvas (2006) e o modelo do ciclo vital familiar de McGoldrick e Carter (2004) evidenciam que cada fase do percurso familiar implica tarefas específicas e processos de reorganização interna que exigem ajustamentos nos papéis, nas fronteiras e nos padrões de comunicação. Transições como o nascimento dos filhos, a adolescência, a saída dos jovens adultos ou a reorganização das relações intergeracionais requerem níveis adequados de flexibilidade e de redefinição dos papéis familiares, podendo constituir simultaneamente oportunidades de crescimento ou momentos de maior vulnerabilidade para o sistema familiar.

Alarcão (2002) sublinha que os processos de mudança e transição familiar implicam inevitavelmente reajustamentos nas dinâmicas relacionais e organizacionais da família. Mesmo quando as transformações são desejadas ou associadas a acontecimentos positivos, estas exigem processos de adaptação que podem gerar tensão e exigir mobilização de recursos por parte do sistema familiar.

Neste contexto, a literatura sobre resiliência familiar aprofunda a compreensão destes processos ao centrar-se nos mecanismos que permitem às famílias enfrentar adversidades, crises e transições sem comprometer o seu funcionamento global. Os contributos de Walsh (2016) identificam três processos centrais na adaptação familiar: os sistemas de crenças, os padrões de organização e os processos de comunicação. Estes processos estruturam a forma como a família atribui significado às experiências adversas, mobiliza recursos internos e externos e mantém um clima relacional de apoio mútuo. Assim, a resiliência familiar não é entendida como uma característica estática, mas como um processo dinâmico, construído ao longo do tempo e influenciado pelo contexto desenvolvimental e relacional da família.

A integração dos contributos de Relvas (2006), McGoldrick e Carter (2004), Olson (2000) e Walsh (2016) permite compreender o funcionamento familiar como um processo adaptativo que se reorganiza ao longo do percurso desenvolvimental da família. Neste enquadramento, as forças familiares podem ser entendidas como recursos multidimensionais que sustentam a adaptação do sistema familiar perante as exigências normativas e não normativas do ciclo vital, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e do bem-estar familiar.

A operacionalização e avaliação destas forças familiares têm sido igualmente objeto de investigação empírica. Em Portugal, um contributo empírico relevante neste domínio é o de Melo e Alarcão (2011), que desenvolveram e validaram o QFF. Este instrumento operacionaliza o conceito de forças familiares através de quatro dimensões fundamentais: organização familiar positiva, crenças familiares positivas, gestão e suporte familiar e emoções positivas, apresentando indicadores psicométricos adequados, confirmando a sua utilidade para estudos comunitários, prática clínica e investigação em saúde familiar.

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a abordagem centrada nas forças das famílias sustenta modelos de cuidados orientados para a valorização dos recursos e capacidades familiares. Entre estes destaca-se o Modelo de Cuidado em Enfermagem Baseado nas Forças, proposto por Gottlieb (2016), que enfatiza a importância de identificar, valorizar e potenciar os recursos das famílias, promovendo intervenções colaborativas que reforcem a capacidade adaptativa, a autonomia e o funcionamento saudável. Ao privilegiar uma leitura não deficitária da família, a prática de enfermagem centrada nas forças permite reconhecer não apenas vulnerabilidades, mas sobretudo os recursos que as famílias mobilizam nos seus processos de adaptação, transição e resiliência.

Para além das forças familiares, a literatura evidencia que o bem-estar e a satisfação familiar constituem indicadores relevantes na compreensão do funcionamento global da família. O Modelo Circumplexo de Olson (2000) evidencia que famílias que apresentam níveis equilibrados de coesão e flexibilidade, sustentados por uma comunicação eficaz, tendem a apresentar maior satisfação familiar. Este equilíbrio permite conciliar proximidade emocional e autonomia individual, bem como ajustar regras, papéis e estruturas face às exigências contextuais, promovendo um funcionamento familiar mais ajustado e relações familiares mais harmoniosas e funcionais. Walsh (2016) complementa ao referir que processos de resiliência familiar contribuem para níveis mais elevados de bem-estar e satisfação no contexto familiar.

Neste sentido, a satisfação com a família pode ser compreendida como um reflexo do clima relacional do sistema familiar, traduzindo a perceção subjetiva da qualidade das relações familiares, incluindo sentimentos de pertença, apoio, harmonia e proximidade emocional. Esta satisfação tende a associar-se a dinâmicas relacionais positivas e à mobilização de recursos familiares que sustentam o funcionamento e o bem-estar do sistema familiar (Walsh, 2016; Olson, 2000).

Estudos empíricos realizados em contexto académico nacional reforçam esta relação. Gonçalves (2021) analisou a perceção das forças familiares em estudantes do ensino superior, explorando a relação entre forças familiares, variáveis sociodemográficas e respostas ao confinamento pandémico. Os resultados evidenciaram níveis elevados de forças familiares, com especial destaque para a dimensão organização familiar positiva. Verificou-se que pontuações mais elevadas no índice global de forças familiares se associaram a níveis superiores de diferenciação do self, sugerindo que famílias percecionadas como mais organizadas, coesas e com comunicação eficaz favorecem processos desenvolvimentais mais ajustados nos jovens adultos (Gonçalves, 2021).

De forma complementar, Peres (2021) investigou o papel mediador das forças familiares na relação entre variáveis familiares e a diferenciação do self em estudantes do ensino superior durante o período de

confinamento. Os resultados evidenciaram uma relação estatisticamente significativa entre o índice global de forças familiares e níveis mais elevados de diferenciação do self, sugerindo que famílias percecionadas como mais funcionais, organizadas e emocionalmente suportivas contribuem para maior autonomia emocional e relacional dos seus membros (Peres, 2021).

Para além dos processos relacionais, a literatura evidencia que a perceção do funcionamento e das relações familiares pode variar em função do papel ou posição ocupada no sistema familiar, independentemente da idade cronológica dos indivíduos. Estudos empíricos demonstram que ser ou não progenitor está associado a diferenças significativas na perceção de dimensões centrais do funcionamento familiar, como a coesão, a flexibilidade, a comunicação e a satisfação com a família (Svetina et al., 2011). Estes autores verificaram que indivíduos em posição parental tendem a percecionar a família como mais coesa, flexível e satisfatória do que indivíduos que ocupam a posição de filhos adultos, mesmo após o controlo do efeito da idade. Tais diferenças refletem perspetivas relacionais determinadas pelas responsabilidades, expectativas e tarefas inerentes a cada papel familiar, e não apenas características objetivas da família enquanto sistema.

De forma semelhante a literatura aponta que a diversidade de configurações familiares pode implicar diferentes dinâmicas relacionais, padrões de comunicação e formas de organização interna. Contudo, numa perspetiva sistémica, o funcionamento familiar não depende exclusivamente da estrutura ou tipologia da família, mas sobretudo da forma como os seus membros mobilizam recursos relacionais, organizacionais e comunicacionais para responder às exigências e desafios do percurso familiar (Relvas, 2006; McGoldrick & Carter, 2004).

No estudo de Russell & Su-Russell, 2024, que analisou estudantes do ensino superior provenientes de diferentes estruturas familiares, verificou-se que níveis mais elevados de forças familiares e menores dificuldades familiares se associaram a melhores indicadores de saúde. Contudo, os autores identificaram um efeito moderador da estrutura familiar, demonstrando que a associação entre forças familiares e saúde foi significativa em estudantes provenientes de famílias nucleares, mas menos evidente em estudantes oriundos de famílias pós-divórcio.

Em contexto de maior vulnerabilidade, estudos realizados em contexto português evidenciam que, em famílias expostas a maiores níveis de risco, como famílias monoparentais, famílias com precariedade socioeconómica ou famílias multidesafiadas, coexistem desafios significativos com processos adaptativos relevantes, e de mobilização de recursos familiares (Melo & Alarcão, 2011; Fernandes, 2015). Nestes contextos, as forças familiares não se expressam pela ausência de dificuldades, mas pela capacidade de reorganização e de resposta às exigências do quotidiano exigindo ajustamentos adaptativos diferenciados, sem que tal implique necessariamente um funcionamento disfuncional (Relvas, 2006; Walsh, 2016).

A investigação desenvolvida por Fernandes (2015), em famílias multidesafiadas, demonstra que, apesar da presença de múltiplos fatores de risco, estas famílias são capazes de reconhecer forças familiares relevantes, particularmente nas dimensões relacionais, emocionais e de suporte, reforçando a perspetiva de que a tipologia familiar não determina linearmente o défice, mas antes condiciona os processos de adaptação e reorganização do sistema familiar.

No plano internacional, Kaakinen et al. (2015) salientam que a presença de filhos constitui um marcador central do desenvolvimento familiar. As famílias sem filhos, quer por opção, quer por adiamento da parentalidade, tendem a estruturar-se em torno da relação conjugal e dos projetos individuais.

Por sua vez, as famílias com filhos experienciam uma reorganização profunda do sistema familiar, marcada pela redistribuição de papéis, pelo aumento das exigências organizacionais e emocionais e pela necessidade

de conciliação entre as responsabilidades parentais, profissionais e conjugais. A parentalidade é descrita como uma transição normativa particularmente exigente, associada a níveis mais elevados de stress familiar, mas também à ativação de processos adaptativos, como a cooperação, o suporte mútuo. Os autores sublinham ainda que o adiamento da parentalidade, fenómeno cada vez mais frequente nas sociedades contemporâneas, se relaciona com fatores socioculturais e económicos, devendo ser compreendido no contexto das transformações sociais e das trajetórias individuais das famílias (Kaakinen et al., 2015).

No âmbito da intervenção familiar, Guimarães (2022) avaliou os efeitos de um programa de educação parental nas forças familiares, verificando um aumento significativo das pontuações globais do QFF após a intervenção. As dimensões mais sensíveis à mudança foram a organização familiar positiva e a gestão e suporte familiar, evidenciando melhorias na clarificação de papéis, na comunicação e na resolução conjunta de problemas. Estes resultados reforçam a natureza dinâmica e potenciável das forças familiares, demonstrando que intervenções estruturadas podem fortalecer os recursos familiares e promover um funcionamento mais adaptativo (Guimarães, 2022).

Mais recentemente, o estudo de Henriques et al. (2025) analisou a perceção das forças familiares em mães de crianças e adolescentes durante o período pandémico. Os resultados revelaram níveis elevados de forças familiares, sendo a dimensão organização familiar positiva a mais valorizada. Verificou-se ainda que a perceção da funcionalidade familiar, a escolaridade e o estado civil constituíram preditores estatisticamente significativos das forças familiares, e que níveis mais elevados de forças familiares se associaram a uma vivência mais positiva da situação pandémica. Este estudo evidencia uma associação entre forças familiares e indicadores subjetivos de funcionamento e satisfação familiar, reforçando o seu papel protetor em contextos de elevada exigência e stress (Henriques et al., 2025).

Em conjunto, estes estudos evidenciam que as forças familiares se associam consistentemente a indicadores positivos de funcionamento, adaptação, diferenciação individual e perceção de funcionalidade familiar, ainda que a maioria das investigações se centre em contextos específicos, como o meio académico ou situações de crise social.

4.2. Métodos

Esta secção descreve o percurso conduzido no processo de investigação. São apresentados o tipo de estudo, a população e amostra, as hipóteses formuladas, as variáveis analisadas, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos de recolha de dados, as considerações éticas e o plano de análise de dados que orientaram a investigação.

4.2.1. Objetivos

Objetivo Geral

Descrever e analisar os níveis de forças familiares percecionadas pelas famílias residentes em Portugal.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os níveis de forças familiares percecionadas (score total e dimensões) na população residente em Portugal;

- Comparar os níveis de forças familiares percecionadas entre as diferentes etapas do ciclo vital da família;
- Comparar os níveis de forças familiares percecionadas entre diferentes tipologias familiares;
- Comparar os níveis de forças familiares percecionadas entre famílias com filhos e famílias sem filhos;
- Comparar os níveis de forças familiares percecionadas entre as diferentes posições geracionais na família;
- Analisar a relação entre os níveis de forças familiares percecionadas e a satisfação com a funcionalidade familiar;
- Analisar a relação entre os níveis de forças familiares percecionadas e a satisfação com a família.

4.2.2. Questões de investigação

1. Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes etapas do ciclo vital da família?
2. Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares?
3. Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos?
4. Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família?
5. Existe associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a funcionalidade familiar?
6. Existe associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família?

4.2.3. Tipo de estudo

O presente estudo assume um delineamento **quantitativo, transversal, descritivo-correlacional**. Segundo Vilelas (2025), os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, sem manipulação de variáveis, enquanto os estudos correlacionais possibilitam determinar as relações e o grau de dependência entre as variáveis presentes num estudo. O carácter transversal do estudo refere-se ao facto de a recolha de dados ocorrer num único momento temporal.

4.2.4. População e amostra

A população-alvo deste estudo são famílias residentes em Portugal.

A amostra foi obtida através de **amostragem não probabilística por conveniência**, e por efeito de bola de neve (*Snowball*). Esta estratégia é comum quando o objetivo é alcançar participantes disponíveis e alargar o acesso a diferentes perfis familiares. O questionário foi divulgado online através de redes sociais, listas de contactos e comunidades virtuais, permitindo aumentar o alcance da recolha e promover a participação de

famílias com diferentes características. Adicionalmente, os participantes foram convidados a partilhar o questionário com outros potenciais participantes, contribuindo para o aumento do tamanho amostral.

Critérios de inclusão

- Ser residente em Portugal no momento da participação;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo e preencher o consentimento informado.

Critérios de exclusão

- Pessoas que residam sozinhas.

Justifica-se este critério considerando que o foco do estudo é a dinâmica familiar e a perceção das forças do sistema, o que pressupõe a existência de um agregado familiar.

Importa esclarecer que, embora ao longo do texto se utilize a designação “famílias” por razões de fluidez discursiva, os dados recolhidos reportam-se à perceção dos participantes acerca das forças e características do sistema familiar em que se inserem.

4.2.5. Hipóteses

As hipóteses constituem elementos orientadores do processo de investigação, na medida em que indicam o rumo a seguir pelo investigador e delimitam os caminhos da análise científica. Podem ser entendidas como previsões acerca das relações existentes entre duas ou mais variáveis, resultando da articulação entre o problema de investigação e os objetivos do estudo.

De acordo com Vilelas (2025), as hipóteses de investigação traduzem-se, do ponto de vista estatístico, na formulação de uma hipótese nula (H_0), que representa a ausência de efeito, diferença ou associação, e de uma hipótese alternativa (H_1), que corresponde à relação ou diferença que se pretende investigar. Estas proposições podem ser submetidas à prova através de testes de hipóteses, permitindo a sua aceitação ou rejeição com base em critérios estatísticos previamente definidos.

H1 – Diferença nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família

H_{11} : Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família.

H_{01} : Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família.

H2 – Diferenças nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares

H_{12} : Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares.

H_{02} : Não existem diferenças estatisticamente significativas nas forças familiares entre as diferentes tipologias familiares.

H3 – Diferenças nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos

H1₃: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos.

H0₃: Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos.

H4 – Diferenças nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família

H1₄: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família.

H0₄: Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família.

H5 – Associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a funcionalidade familiar

H1₅: Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a perceção da funcionalidade familiar.

H0₅: Não existe relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a perceção da funcionalidade familiar.

H6 – Associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família

H1₆: Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família.

H0₆: Não existe relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família.

4.2.6. Variáveis do estudo

No presente estudo, as variáveis foram agrupadas em três categorias: variáveis sociodemográficas, variável dependente e variáveis independentes.

As **variáveis sociodemográficas** destinam-se a caracterizar a amostra, permitindo contextualizar os participantes e fortalecer a validade descritiva do estudo. Estas variáveis não são objeto central da análise inferencial, mas constituem elementos fundamentais para a compreensão da composição da amostra e para potenciais comparações com investigações futuras. Incluem-se:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Situação laboral;
- Número de filhos;
- Número de filhos a cargo.

Estas variáveis descrevem características individuais dos participantes e constituem variáveis contextuais relevantes, uma vez que podem influenciar perceções, dinâmicas familiares e padrões de resposta.

A **variável dependente** deste estudo é as forças familiares, avaliadas através do QFF, que fornece:

- Score total das forças familiares (indicador da expressão global das forças familiares).
- Quatro subescalas que refletem dimensões específicas dos processos de resiliência familiar:

- Dimensão 1 - Organização familiar positiva;
- Dimensão 2 - Crenças familiares positivas;
- Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar;
- Dimensão 4 - Emoções positivas.

As **variáveis independentes** foram selecionadas de acordo com os objetivos e hipóteses do estudo, bem como com o enquadramento teórico. Estas variáveis representam características estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família, que poderão estar associadas aos níveis de forças familiares. Incluem-se:

- Etapa do ciclo vital da família;
- Tipologia familiar;
- Existência de filhos na família;
- Posição geracional na família;
- Satisfação com a funcionalidade familiar;
- Satisfação com a família.

Estas variáveis servirão para analisar diferenças e associações com as forças familiares, conforme previsto nos objetivos e hipóteses formuladas.

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis

Variável	Definição conceptual	Papel	Tipo/medida	Definição operacional	Escala de medida/formato de resposta
Score total Forças familiares (QFF)	Recursos organizacionais, emocionais, relacionais e simbólicos que contribuem para a capacidade de adaptação e bem-estar familiar.	Dependente	Quantitativa continua	Pontuação total no QFF: Soma dos 29 itens (Mín. 29; máx. 145)	Escala de Likert 1- 5 (1 - “nada parecidas” a 5 - “totalmente parecidas”)
Dimensão 1 - Organização familiar positiva	Estrutura, papéis, regras e padrões de interação interna do sistema familiar.	Dependente (subescala do QFF)	Quantitativa continua	Soma dos 10 itens: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 13 do QFF. (Mín.10; máx. 50).	Escala de Likert 1- 5 (1 - “nada parecidas” a 5 - “totalmente parecidas”)
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	Valores, significados e visão positiva para a construção da resiliência familiar.	Dependente (subescala do QFF)	Quantitativa continua	Soma dos 7 itens: 12, 16, 21, 24, 25, 28 e 29 do QFF. (Mín 7; máx. 35).	Escala de Likert 1- 5 (1 - “nada parecidas” a 5 - “totalmente parecidas”)
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	Cooperação, apoio emocional e instrumental, mobilização de recursos e capacidade de enfrentar desafios de forma colaborativa.	Dependente (subescala do QFF)	Quantitativa continua	Soma dos 7 itens: 17, 18, 19, 20, 22, 23, 27 do QFF. (Min 7; máx. 35).	Escala de Likert 1- 5 (1 - “nada parecidas” a 5 - “totalmente parecidas”)

Variável (continuação)	Definição conceptual	Papel	Tipo/ medida	Definição operacional	Escala de medida/ formato de resposta
Dimensão 4 - Emoções positivas	Padrões de comunicação e coesão emocional, centrais para a resiliência familiar.	Dependente (subescala do QFF)	Quantitativa continua	Soma dos 5 itens: 1, 11, 14, 15 e 26 do QFF. (Mín.5; máx. 25)	Escala de Likert 1- 5 (1 - “nada parecidas” a 5 - “totalmente parecidas”)
Etapas do ciclo vital	Etapas do desenvolvimento da família segundo Duvall.	Independente	Qualitativa Ordinal	Resposta questão 16 da parte I do instrumento	- “Início da família/Casal sem filhos” - “Família com recém-nascido” - “Família com criança pequena” - “Família com criança em idade escolar” - “Família com adolescente” - “Família com filhos jovens adultos” - “Casal de meia-idade” - “Família idosa/envelhecimento”
Tipologia familiar	Organização e composição do agregado familiar.	Independente	Qualitativa Nominal	Resposta questão 8 da parte I do instrumento	- “Nuclear” - “Monoparental” - “Reconstituída” - “Alargada” - “Outra”
Existência filhos	Existência de descendentes no agregado	Independente	Qualitativa Nominal Dicotómica	Resposta questão 10 da parte I do instrumento	- “Sim” - “Não”
Posição geracional	Posição geracional no agregado familiar.	Independente	Qualitativa Nominal	Resposta questão 9 da parte I de instrumento	- “Pai/Mãe/Progenitor” - “Filho(a)/ enteado(a)” - “Avô/Avó” - “Outra”
Satisfação com a família	Avaliação subjetiva da satisfação com a família.	Independente	Qualitativa Ordinal	Resposta questão 17 da parte I do instrumento	Escala de Likert 1- 10 (1 - “nada parecidas” a 10 - “totalmente parecidas”)
Satisfação com funcionalidade familiar	Avaliação subjetiva do funcionamento da família.	Independente	Qualitativa Ordinal	Resposta questão 18 da parte I do instrumento	Escala de Likert 1- 10 (1 - “nada parecidas” a 10 - “totalmente parecidas”)

Fonte: Autora do trabalho

4.2.7. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário online autoaplicado (Apêndice IV), composto por duas secções: A Parte I integrou variáveis sociodemográficas, estruturais e funcionalidade familiar, destinadas à caracterização da amostra e à análise de fatores contextuais potencialmente associados às forças familiares. A Parte II correspondeu ao QFF, instrumento validado para a avaliação das forças familiares.

Importa referir que, apesar de o questionário incluir um conjunto alargado de variáveis sociodemográficas e estruturais, nem todas foram utilizadas nas análises estatísticas do presente estudo. Variáveis como o tipo de habitação, satisfação com o rendimento familiar, existência de filhos adolescentes, a situação dos filhos ou a idade do filho mais velho foram recolhidas por razões de exaustividade e para permitir futuras comparações, mas não integraram os objetivos nem as hipóteses formuladas, pelo que não foram incluídas no plano de análise.

4.2.8. Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi desenvolvido em parceria com outra investigadora (Patrícia Pereira), tendo ambas utilizado o mesmo instrumento de recolha de dados, disponibilizado através da plataforma *Google Forms*. No entanto, cada investigadora procedeu à recolha de amostras independentes, assegurando que cada uma analisaria exclusivamente os dados recolhidos para o respetivo estudo. Esta estratégia permitiu otimizar recursos, mantendo simultaneamente a autonomia metodológica de cada investigação.

Antes da aplicação formal do questionário, foi realizado um pré-teste com seis participantes, com o objetivo de avaliar a clareza e compreensão das questões, a adequação da sequência e lógica de encaminhamento e o tempo médio de preenchimento.

O pré-teste revelou que alguns respondentes tendiam a incluir na noção de família elementos da rede familiar alargada com quem não partilhavam residência nem rotina quotidiana, o que poderia gerar interpretações heterogêneas e comprometer a comparabilidade dos dados. Deste modo, tornou-se necessário clarificar o conceito de família, tendo sido introduzida, no início do questionário, a seguinte instrução:

“Considere como família as pessoas que vivem consigo na mesma casa e partilham a vida familiar.”

Esta clarificação permitiu garantir uniformidade de interpretação das questões e maior precisão nos dados recolhidos.

Importa salientar que esta definição operacional não substitui a conceptualização sistémica da família apresentada no Capítulo 2, servindo antes, para assegurar rigor metodológico na recolha de dados. Tal procedimento encontra suporte nas recomendações de Fortin (1999), que sublinha a necessidade de explicitar operacionalmente os conceitos em investigação quantitativa, de forma a garantir maior fiabilidade e consistência interna na recolha e análise dos dados.

Além disso, foram ajustadas pequenas ambiguidades linguísticas e verificada a adequação das transições condicionais, nomeadamente a ocultação automática das questões sobre filhos quando o participante assinalava não ter descendentes. O pré-teste confirmou a clareza, fluidez e funcionalidade do instrumento, cujo tempo médio de resposta foi de oito minutos.

A recolha de dados decorreu exclusivamente em formato online, através da plataforma *Google Forms*, entre 15 de outubro e 28 de novembro de 2025, permitindo a participação autónoma, voluntária e anónima dos participantes. Esta opção metodológica mostrou-se adequada ao objetivo do estudo, à dispersão geográfica dos potenciais participantes e à estratégia de amostragem não probabilística por conveniência e bola de neve. O formato digital garantiu igualmente facilidade de acesso, rapidez no preenchimento do questionário, redução de potenciais erros de transcrição e maior eficiência no armazenamento dos dados.

O link do questionário foi divulgado através de redes sociais (Facebook e WhatsApp), e listas de contactos pessoais e profissionais. Para potenciar a diversificação da amostra, solicitou-se aos participantes que

partilhassem o link com familiares, amigos e conhecidos, operacionalizando, assim, o método de amostragem em bola de neve.

Após a submissão, os dados foram automaticamente registados na plataforma *Google Forms* e posteriormente exportados para Microsoft Excel e para o software IBM SPSS Statistics (versão 31) para macOS, para a análise estatística. Todo o processo respeitou medidas de proteção de dados e confidencialidade, assegurando utilização exclusiva para fins académicos.

4.2.9. Considerações éticas

A investigação envolvendo seres humanos exige o cumprimento rigoroso de princípios éticos que garantam a proteção da dignidade, dos direitos e do bem-estar dos participantes. Como refere Fortin (1999), a investigação em saúde deve assegurar o respeito pela autonomia, pela privacidade e pela integridade das pessoas, orientando-se por normas que salvaguardem a sua participação livre, consciente e responsável.

Neste enquadramento, foram observados os princípios éticos fundamentais da investigação, assegurando-se aos participantes os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, bem como à proteção contra qualquer forma de desconforto ou prejuízo e à garantia de um tratamento justo e equitativo, conforme preconizado por Vilelas (2025).

Estes princípios articulam-se com a Declaração de Helsínquia (WMA, 2013), documento de referência internacional que estabelece orientações éticas fundamentais para a investigação com seres humanos, incluindo a necessidade de consentimento informado e a proteção da privacidade e dos dados pessoais.

O presente estudo enquadra-se na continuidade de investigação sobre forças familiares e encontra-se abrangido pelo Parecer n.º 676/06-2020 da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA: E, 2020) que autorizou a sua realização no âmbito da investigação em Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo II). Este parecer confirma que o protocolo cumpre os requisitos éticos aplicáveis, nomeadamente a minimização de riscos, a proteção da confidencialidade, a clareza das informações prestadas aos participantes e o carácter voluntário da participação.

Na recolha de dados, através do questionário online, os participantes tiveram inicialmente acesso a uma página de enquadramento ético, onde foram apresentados os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, a garantia de anonimato e confidencialidade, a ausência de riscos previsíveis e o tempo estimado para preencher o instrumento. Apenas após a leitura e aceitação explícita do consentimento informado digital foi possível aceder ao questionário.

O anonimato foi integralmente assegurado, uma vez que não foram recolhidos dados identificativos, tais como nome, contacto, endereço eletrónico ou qualquer informação que permitisse a identificação direta dos participantes. Os dados foram armazenados e tratados exclusivamente para fins académicos, sendo protegidos de acordo com os princípios da confidencialidade e da boa prática científica (Deodato, 2022).

A participação pôde ser interrompida a qualquer momento, sem consequências, respeitando o direito à autodeterminação. A natureza não intrusiva do instrumento, o formato digital e o carácter anónimo da recolha minimizaram qualquer possibilidade de desconforto ou risco.

4.2.10. Plano de análise de dados

O plano de análise integrou três etapas fundamentais: preparação e gestão dos dados; estatística descritiva; e estatística inferencial destinada à análise de diferenças e associações entre variáveis em coerência com as hipóteses formuladas.

Preparação e Gestão dos Dados

Os dados utilizados neste estudo foram recolhidos entre 15 de outubro de 2025 e 28 de novembro de 2025, através do questionário online disponibilizado na plataforma *Google Forms*. Após a exportação das respostas, os dados foram inicialmente revistos em Microsoft Excel para detetar eventuais duplicados, incoerências ou padrões anómalos.

O ciclo vital da família foi revisto e operacionalizado com base na idade do filho mais velho e na sua situação no agregado familiar, permitindo uma classificação mais rigorosa das etapas do desenvolvimento familiar.

Posteriormente, foram transferidos para o software IBM SPSS Statistics (versão 31) para macOS, no qual decorreu todo o processo de tratamento e análise estatística.

A fiabilidade interna do QFF foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach, um indicador estatístico amplamente utilizado para medir a consistência interna de instrumentos psicométricos. Este coeficiente permite estimar até que ponto os itens da escala medem de forma consistente o mesmo conceito.

Estatística Descritiva

A estatística descritiva permitiu caracterizar a amostra, contextualizar os participantes e identificar tendências gerais. Foram calculados:

- Médias ($\bar{x}$), Mediana (Md), desvio padrão (DP), intervalo interquartil (IQR), mínimos (x_{min}) e máximos (x_{max}) para variáveis contínuas;
- Frequências absolutas (η) e percentagens (%) para variáveis categóricas.

Estatística Inferencial

As hipóteses assumem a forma de proposições suscetíveis de verificação empírica, passíveis de serem confirmadas ou refutadas através de procedimentos estatísticos adequados (Vilelas, 2025).

No presente estudo, a decisão estatística baseou-se no valor de p , adotando-se um nível de significância de 0,05. Este valor expressa a evidência estatística contra a hipótese nula, orientando a interpretação dos resultados obtidos. Assim, adotaram-se os seguintes critérios de decisão (Vilelas, 2025):

- quando $p < 0,05$, considera-se existir evidência estatística suficiente contra a hipótese nula, procedendo-se à sua rejeição e aceitando-se a hipótese de investigação;
- quando $p \geq 0,05$, não se verifica evidência estatística suficiente contra a hipótese nula, pelo que esta não é rejeitada.

A estatística inferencial teve como objetivo comparar grupos e analisar associações entre variáveis, em coerência com as hipóteses formuladas. A seleção entre testes paramétricos e não paramétricos dependeu da verificação prévia dos pressupostos de aplicação, nomeadamente a normalidade da distribuição da variável dependente (Marôco, 2021). A avaliação da **normalidade** das variáveis contínuas previu a utilização do teste

de Shapiro–Wilk, recomendado para amostras pequenas e do teste de Kolmogorov–Smirnov, adequado a amostras de maior dimensão.

Assim, para comparações entre mais de dois grupos previu-se a utilização da ANOVA One-Way ou, em alternativa, do teste de Kruskal–Wallis. Nas comparações entre dois grupos independentes considerou-se o t-teste para amostras independentes ou o teste de Mann–Whitney U. Para a análise da associação entre variáveis aplicaram-se os coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman, consoante o cumprimento dos pressupostos de normalidade. O Quadro 2 sintetiza os testes selecionados em função das características das variáveis dependentes e independentes.

Sempre que os testes envolvendo mais de dois grupos apresentaram resultados estatisticamente significativos, foram realizados testes pós-hoc com o objetivo de identificar entre que pares de grupos se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 2 – Critérios de seleção dos testes estatísticos segundo as variáveis e hipóteses do estudo

Hipóteses	Variável dependente	Variável independente		Tipo de teste	
	Contínuas	Nominal	Ordinal	Estatística paramétrica	Estatística não paramétrica
Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família	✓	✓		ANOVA One-Way	Kruskal–Wallis
Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares	✓	✓		ANOVA One-Way	Kruskal–Wallis
Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos	✓	✓ (*)		t-teste para amostras independentes	Mann–Whitney U
Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família	✓	✓		ANOVA One-Way	Kruskal–Wallis
Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar	✓		✓	Correlação de Pearson	Correlação de Spearman
Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família	✓		✓	Correlação de Pearson	Correlação de Spearman

Legenda: (*) – variável dicotómica

Fonte: Autora do trabalho

4.3. Apresentação dos Resultados

4.3.1. Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 328 participantes. No total, foram recolhidas 331 respostas, das quais uma foi excluída por cumprir um critério de exclusão previamente definido (residir sozinho) e duas por apresentarem respostas incongruentes.

A idade dos participantes variou entre 18 e 77 anos de idade, com uma média de 44,90 anos de idade ($DP=11,97$) e uma mediana de 44 anos de idade (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição da amostra segundo a idade

	(n)	Mínimo ($x_{\min}$)	Máximo ($x_{\max}$)	Média ($\bar{x}$)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Intervalo Interquartil (IQR)
Idade dos participantes em anos	328	18	77	44.90	44	11.97	14

Relativamente ao género, observou-se uma predominância do sexo feminino, que representa 78,7% da amostra ($n = 258$), enquanto 21,3% ($n = 70$) corresponde ao sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição da amostra segundo o género

Género	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Feminino	258	78,7%
Masculino	70	21,3%
Total	328	100%

No que concerne ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto (77,8%; $n = 255$), seguindo-se os solteiros (15,2%; $n = 50$). Registaram-se ainda 21 participantes separados/divorciados (6,4%) e 2 viúvos (0,6%), tal como apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 - Descrição da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Solteiro(a)	50	15,2%
Casado(a) / União de facto	255	77,8%
Separado(a) / Divorciado(a)	21	6,4%
Viúvo(a)	2	0,6%
Total	328	100%

Relativamente à situação laboral, 88,1% dos participantes encontram-se empregados ($n = 289$), 2,1% são estudantes ($n = 7$), 2,8% estão desempregados ($n = 9$) e 7% são reformados ($n = 23$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Descrição da amostra segundo a situação laboral

Situação Laboral	Frequência absoluta (η)	Frequência relativa (%)
Trabalhador(a)/Empregado(a)	289	88,1%
Estudante	7	2,1%
Desempregado(a)	9	2,8%
Reformado(a)	23	7%
Total	328	100%

Relativamente ao nível de escolaridade mais elevado concluído, verifica-se um predomínio de níveis médio e superior na amostra. 47,6% dos participantes possui bacharelato/licenciatura ($\eta = 156$), seguindo-se 24,7% com mestrado ($\eta = 81$). A conclusão de doutoramento é residual, correspondendo a 0,9% da amostra ($\eta = 3$).

No que respeita aos níveis de escolaridade não superiores, 20,1% dos participantes possuem ensino secundário ($\eta = 66$), enquanto o ensino básico apresenta uma expressão reduzida, repartida pelo 3.º ciclo (5,2%; $\eta = 17$), 2.º ciclo (1,2%; $\eta = 4$) e 1.º ciclo (0,3%; $\eta = 1$) (Tabela 8).

Tabela 8 - Descrição da amostra segundo o nível de escolaridade

Nível escolaridade	Frequência absoluta (η)	Frequência relativa (%)
1.º Ciclo (4.º ano)	1	0,3%
2.º Ciclo (6.º ano)	4	1,2%
3.º Ciclo (9.º ano)	17	5,2%
Ensino Secundário (12.º ano)	66	20,1%
Bacharelato / Licenciatura	156	47,6%
Mestrado	81	24,7%
Doutoramento	3	0,9%
Total	328	100%

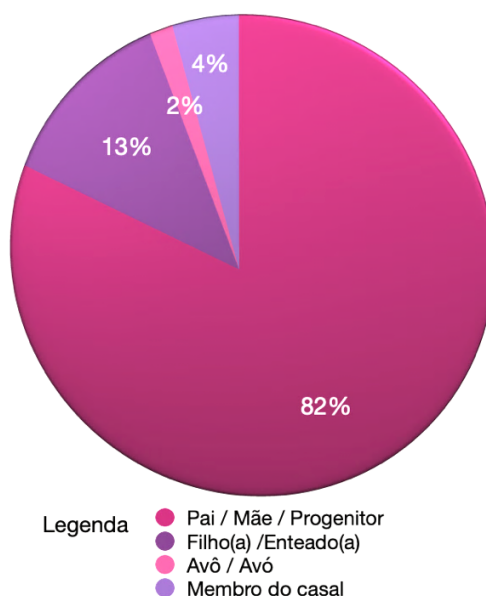
A grande maioria dos participantes integra uma família nuclear, representando 82% da amostra ($\eta = 269$). As restantes tipologias incluem 5,2% famílias monoparentais ($\eta = 17$), 6,4% famílias reconstituídas ($\eta = 21$) e 6,4% famílias alargadas ($\eta = 21$), cujos valores se apresentam na Tabela 9.

Tabela 9 - Descrição da amostra segundo a tipologia familiar

Tipologia familiar	Frequência absoluta (η)	Frequência relativa (%)
Nuclear	269	82%
Monoparental	17	5,2%
Reconstituída	21	6,4%
Alargada	21	6,4%
Total	328	100%

No que diz respeito à posição geracional no seio da família, predomina a figura de pai/mãe/progenitor (81,8%, $\eta = 270$), seguindo-se filhos/enteados (12,4%, $\eta = 41$), avós (1,5%, $\eta = 5$) e membros do casal (4,2%, $\eta = 14$), representada no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a posição geracional



91,5% dos participantes referiu haver filhos na família ($n = 300$), sendo que o número total de filhos variou entre 1 e 5, com uma média de 1,87 filhos ($DP = 0,716$) e mediana de 2 filhos (Tabela 10 e 11).

Tabela 10 - Descrição da amostra segundo a existência de filhos

Existência de filhos na família	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim	300	91,5%
Não	28	8,5%
Total	328	100%

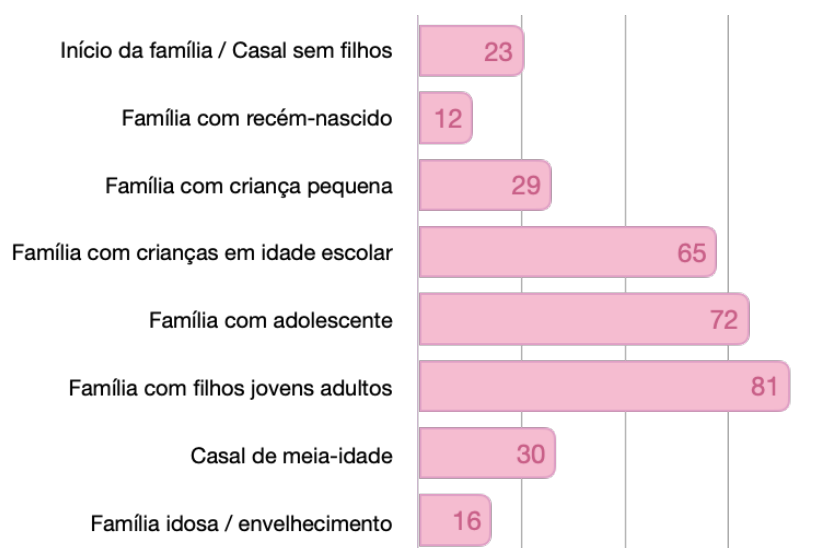
Tabela 11 - Descrição da amostra segundo o número de filhos e número de filhos a cargo

	(n)	Mínimo (x_{min})	Máximo (x_{max})	Média ($\bar{x}$)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Intervalo Interquartil (IQR)
Número de filhos	300	1	5	1,87	2	0,71	1
Número de filhos a cargo	300	0	5	1,47	1	0,91	1

No que concerne aos filhos atualmente a cargo dos pais, os valores oscilaram entre 0 e 5, com uma média de 1,47 ($DP = 0,91$) e mediana de 1 filho.

Relativamente à etapa do ciclo vital familiar verificou-se uma distribuição diversificada, refletindo diferentes momentos do percurso desenvolvimental da família. A fase com mais representatividade corresponde à família com filhos jovens adultos, abrangendo 24,7% da amostra ($n = 81$), seguida da família com adolescente, com 22,0% ($n = 72$), e da família com crianças em idade escolar, representando 19,8% ($n = 65$), representado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra pelas etapas do ciclo vital da família



As etapas iniciais do ciclo vital familiar apresentaram menor representatividade na amostra, destacando-se o início da família/casal sem filhos (7,0%; $\eta = 23$), a família com recém-nascido (3,7%; $\eta = 12$) e a família com criança pequena (8,8%; $\eta = 29$). De igual modo, as fases mais tardias do ciclo vital revelam expressão reduzida, nomeadamente o casal de meia-idade (9,1%; $\eta = 30$) e a família idosa /envelhecimento (4,9%; $\eta = 16$).

4.3.2. Fiabilidade interna da escala

Os resultados do presente estudo evidenciam uma fiabilidade interna muito elevada do QFF¹, em consonância com os valores reportados no estudo de validação original. O score total apresentou um Alfa de Cronbach de 0,949, valor muito próximo ao obtido por Melo e Alarcão (2011). As diferentes dimensões revelaram igualmente coeficientes elevados, globalmente comparáveis aos do estudo original (Tabela 12).

Tabela 12 - Consistência interna do QFF no estudo de validação e no presente estudo

Escala / Subescala	N.º de itens	Alfa de Cronbach - Estudo de validação (Melo & Alarcão, 2011)	Alfa de Cronbach – Presente Estudo
Score total: Forças familiares (QFF)	29	0,95	0,949
Dimensão 1 -Organização familiar positiva	10	0,90	0,875
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	7	0,87	0,828
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	7	0,84	0,802
Dimensão 4- Emoções positivas	5	0,84	0,829

¹ Valores de alfa de Cronbach superiores a 0,90 indicam consistência interna muito boa; entre 0,80 e 0,90, consistência boa; entre 0,70 e 0,80, consistência razoável; entre 0,60 e 0,70, consistência fraca; e inferiores a 0,60, consistência inadmissível (Vilelas, 2025)

4.3.3. Teste de normalidade

A normalidade das distribuições foi avaliada através dos testes de Kolmogorov–Smirnov, complementado pelo teste de Shapiro–Wilk, tendo-se privilegiado a interpretação do primeiro devido à dimensão da amostra ($n = 328$). Para o score total do QFF, o teste de Kolmogorov–Smirnov revelou significância estatística ($p = 0,001$) assim como o teste de Shapiro–Wilk ($p < 0,001$). Resultados semelhantes foram observados para as subescalas do QFF (Tabela 13).

Tabela 13 - Resultados dos testes de normalidade para a variável dependente

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	(n)	Significância (p)	Estatística	(n)	Significância (p)
Score total: Forças familiares (QFF)	0,067	328	0,001	0,965	328	<0,001
Dimensão 1 -Organização familiar positiva	0,093	328	<0,001	0,937	328	<0,001
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	0,099	328	<0,001	0,954	328	<0,001
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	0,088	328	<0,001	0,969	328	<0,001
Dimensão 4- Emoções positivas	0,110	328	<0,001	0,967	328	<0,001

De acordo com o estabelecido na metodologia, valores de significância inferiores a 0,05 nos testes de normalidade indicam a rejeição da hipótese nula de normalidade, sugerindo que a distribuição dos dados não segue uma distribuição normal. Assim, optou-se pela utilização de **testes estatísticos não paramétricos** na análise inferencial.

4.3.4. Estatísticas descritivas das forças familiares e da satisfação familiar

Neste ponto apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis centrais do estudo, nomeadamente as forças familiares, avaliadas através do QFF, e as variáveis de satisfação com a funcionalidade familiar e com a família. Atendendo à distribuição não normal das variáveis, apresentam-se a mediana e o intervalo interquartil (IQR) como medidas robustas de tendência central e dispersão.

Relativamente ao score total das forças familiares, a mediana observada foi de 123,00 pontos ($IQR=19$). Considerando que a pontuação máxima possível do instrumento é de 145 pontos, os valores observados situam-se próximos do limite superior da escala.

No que respeita à subescala de organização familiar positiva, a mediana obtida foi de 44,00 pontos ($IQR=7$), num intervalo possível entre 10 e 50, evidenciando uma perceção favorável desta dimensão.

A dimensão das crenças familiares positivas apresentou uma mediana de 30,00 ($IQR=5$), valores próximos do limite superior da escala (35 pontos).

Relativamente à gestão/suporte familiar, a mediana observada foi de 29,50 pontos ($IQR=5$), num intervalo possível entre 7 e 35, situando-se próxima do limite superior da escala.

Por fim, a subescala de emoções positivas apresentou uma mediana de 20,00 ($IQR=4$), igualmente próxima do valor máximo possível (25 pontos) (Tabela 14).

Tabela 14 - Estatísticas descritivas das forças familiares (QFF) e respetivas dimensões

	(n)	Mínimo (x_{min})	Máximo (x_{max})	Média ($\bar{x}$)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Intervalo Interquartil (IQR)	Alfa de Cronbach
Score total: Forças familiares (QFF)	328	75	145	121,35	123,00	14,45	19	0,949
Dimensão 1 -Organização familiar positiva	328	24	50	43,02	44,00	5,26	7	0,875
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	328	16	35	29,28	30,00	3,90	5	0,828
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	328	16	35	29,24	29,50	3,58	5	0,802
Dimensão 4- Emoções positivas	328	9	25	19,81	20,00	3,09	4	0,829

Globalmente, observa-se que as medianas do score total e das diferentes dimensões do QFF se situam em valores elevados, próximos dos limites superiores da escala.

Verifica-se também que a variabilidade dos resultados, expressa pelo intervalo interquartil, é relativamente contida nas diferentes dimensões, sugerindo distribuição relativamente concentrada em torno de valores elevados.

Relativamente à satisfação com a funcionalidade familiar, avaliada numa escala de 1 a 10, observou-se uma mediana de 8,00 ($IQR=2$), situando-se os valores nos níveis superiores da escala (Tabela 15).

A satisfação com a família, também avaliada numa escala de 1 a 10, apresentou uma mediana de 9,00 ($IQR=2$).

Tabela 15 - Estatísticas descritivas das variáveis de satisfação familiar

	(n)	Mínimo (x_{min})	Máximo (x_{max})	Média ($\bar{x}$)	Mediana (Md)	Desvio padrão (DP)	Intervalo Interquartil (IQR)
Satisfação com a funcionalidade familiar	328	3	10	8,34	8,00	1,49	2
Satisfação com a família	328	4	10	9,05	9,00	1,21	2

No que respeita às variáveis de satisfação familiar, constata-se igualmente a presença de valores medianos elevados, sobretudo na satisfação com a família. Os intervalos interquartis observados em ambas as variáveis são idênticos ($IQR=2$), revelando distribuição relativamente concentrada das respostas.

4.3.5. Análise inferencial

Nesta secção apresentam-se os resultados das análises inferenciais realizadas para testar as hipóteses de investigação e responder às questões formuladas. Atendendo à violação dos pressupostos de normalidade, optou-se pela utilização de testes estatísticos não paramétricos, considerados mais adequados à distribuição dos dados e à natureza das variáveis em análise.

Hipótese 1 (H1) – Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família.

Para analisar possíveis diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital, procedeu-se à comparação das pontuações do QFF, no score total e respetivas dimensões, através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis, adequado à comparação de mais de dois grupos independentes.

A análise da Tabela 16 mostra que as medianas do score total do QFF foram mais elevadas nas fases iniciais do ciclo vital da família, nomeadamente no casal sem filhos (Md = 132,00) e na família com recém-nascido (Md = 134,50). Nas fases intermédias, observou-se uma redução progressiva das medianas, particularmente nas famílias com crianças em idade escolar (Md = 122,00), com filhos adolescentes (Md = 121,00) e com filhos adultos jovens (Md = 119,00). Nas fases mais tardias do ciclo vital, designadamente no casal de meia-idade (Md = 123,50) e na família idosa (Md = 119,00), os valores medianos mantêm-se próximos dos observados nas fases intermédias.

Globalmente, verifica-se que o valor mediano do score total variou entre 119,00 e 134,50 pontos, apresentando valores diferenciados entre as diferentes etapas do ciclo vital. Contudo, a amplitude entre a mediana mínima e a mediana máxima foi relativamente reduzida, sugerindo que os níveis de forças familiares se mantiveram globalmente elevados em todas as fases consideradas. Ainda assim, os intervalos entre os valores mínimos e máximos observados em cada grupo revelam alguma variabilidade intragrupo, sugerindo heterogeneidade na distribuição dos scores dentro das diferentes etapas do ciclo vital.

Tabela 16 - Forças familiares (QFF) segundo a etapa do ciclo vital da família

	Estatísticas	Casal sem filhos	Família com recém-nascido	Família crianças em idade pré-escolar	Família com crianças em idade escolar	Família com filhos adolescente	Família com filhos adultos jovens	Casal de meia-idade	Família idosa	Teste Kruskal-Wallis
Score total: Forças familiares (QFF)	(η)	23	12	29	65	72	81	30	16	H = 21,367 gl = 7 p = 0,003
	Mediana (Md)	132,00	134,50	127,00	122,00	121,00	119,00	123,50	119	
	$X_{mín} - X_{máx}$	101-144	117 -141	97 – 145	75 – 143	76 - 145	75 - 145	82 - 145	104-145	
Dimensão 1 - Organização familiar positiva	(η)	23	12	29	65	72	81	30	16	H = 32,019 gl = 7 p < 0,001
	Mediana (Md)	49,00	48,00	45,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	36 – 50	40 – 50	36 - 50	26 - 50	24 - 50	25 - 50	29 - 50	37 – 50	
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	(η)	23	12	29	65	72	81	30	16	H = 11,685 gl = 7 p = 0,111
	Mediana (Md)	31,00	32,50	31,00	29,00	28,50	30,00	29,50	29,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	24 - 35	24 – 35	21 - 35	18 - 35	16 - 35	16 - 35	18 - 35	24 – 35	
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	(η)	23	12	29	65	72	81	30	16	H = 11,273 gl = 7 p = 0,127
	Mediana (Md)	30,00	31,50	30,00	29,00	29,00	29,00	29,00	30,50	
	$X_{mín} - X_{máx}$	25 - 35	26 – 35	21 - 35	20 - 35	21 - 35	21 - 35	18 - 35	24 – 35	
Dimensão 4- Emoções positivas	(η)	23	12	29	65	72	81	30	16	H = 18,990 gl = 7 p = 0,008
	Mediana (Md)	23,00	22,50	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	19,50	
	$X_{mín} - X_{máx}$	16 - 25	19 – 25	13 - 25	11 - 25	11 - 25	9 - 25	13 - 25	15 – 25	

Legenda: η - número de casos válidos; H - Kruskal-Wallis; gl – graus de liberdade; p – significância

Os resultados do teste de Kruskal–Wallis evidenciaram **diferenças estatisticamente significativas no score total das forças familiares** (QFF) entre as diferentes fases do ciclo vital da família ($p = 0,003$), permitindo rejeitar a hipótese nula (H_0) e **confirmar a hipótese de investigação (H1)**, relativa à existência de diferenças nos níveis de forças familiares em função da etapa do ciclo vital da família.

Relativamente à **dimensão organização familiar positiva**, observaram-se igualmente **diferenças estatisticamente significativas** entre as diferentes fases do ciclo vital ($p < 0,001$).

No que respeita à dimensão **crenças familiares positivas**, **não se verificaram diferenças estatisticamente significativas** entre as diferentes fases do ciclo vital ($p = 0,111$), assim como a dimensão **gestão e suporte familiar não** apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as fases do ciclo vital ($p = 0,127$).

Por fim, a dimensão **emoções positivas** revelou **diferenças estatisticamente significativas** entre as fases do ciclo vital da família ($p = 0,008$).

Após a obtenção de um resultado estatisticamente significativo no teste de Kruskal–Wallis, foram realizadas comparações múltiplas par-a-par através do teste de Dunn com correção de Bonferroni, de forma a identificar entre que grupos se verificavam diferenças estatisticamente significativas. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as famílias em início do ciclo vital (casal sem filhos) e as famílias com filhos adolescentes ($p_{\text{ajustado}} = 0,034$), bem como entre as famílias em início do ciclo vital e as famílias com filhos jovens adultos ($p_{\text{ajustado}} = 0,028$). Nas restantes comparações não se observaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 17).

Tabela 17 - Comparações múltiplas por pares segundo a etapa do ciclo vital da família

Grupo 1	Grupo 2	Estatística Teste padrão (Z)	p_ajustado (Bonferroni) (p)
Casal sem filhos	Família com filhos adolescentes	3,238	0,034
Casal sem filhos	Família com filhos adultos jovens	3,295	0,028

Nota: Teste de Dunn com correção de Bonferroni

Hipótese 2 (H2) – Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares.

A análise dos resultados mostra que as famílias monoparentais apresentaram a mediana mais elevada no score total do QFF ($Md = 127,00$), seguidas das famílias nucleares ($Md = 123,00$). As famílias reconstituídas apresentaram uma mediana inferior ($Md = 119,00$), sendo as famílias alargadas aquelas com o valor mediano mais baixo ($Md = 118,00$).

Quando aplicado o teste de Kruskal–Wallis, os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no score total das forças familiares entre as diferentes tipologias familiares ($p = 0,306$) (Tabela 18).

De igual modo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do QFF, nomeadamente na organização familiar positiva ($p = 0,504$), nas crenças familiares positivas ($p = 0,247$), na gestão/suporte familiar ($p = 0,269$) e nas emoções positivas ($p = 0,320$).

Tabela 18 - Forças familiares (QFF) segundo tipologia familiar

	Estatísticas	Nuclear	Monoparental	Reconstituída	Alargada	Teste Kruskal–Wallis
Score total: Forças familiares (QFF)	(η)	269	17	21	21	H = 3,616 gl = 3 p = 0,306
	Mediana (Md)	123,00	127,00	119,00	118,00	
	$X_{\min} - X_{\max}$	75 - 145	78 - 145	76 - 145	86 - 145	
Dimensão 1 - Organização familiar positiva	(η)	269	17	21	21	H = 2,347 gl = 3 p = 0,504
	Mediana (Md)	44,00	45,00	43,00	41,00	
	$X_{\min} - X_{\max}$	24 - 50	26 - 49	30 - 50	27 - 50	
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	(η)	269	17	21	21	H = 4,141 gl = 3 p = 0,247
	Mediana (Md)	30,00	30,00	28,00	28,00	
	$X_{\min} - X_{\max}$	16 - 35	20 - 35	16 - 35	22 - 35	
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	(η)	269	17	21	21	H = 3,928 gl = 3 p = 0,269
	Mediana (Md)	30,00	30,00	29,00	27,00	
	$X_{\min} - X_{\max}$	19 - 35	23 - 34	16 - 35	21 - 35	
Dimensão 4- Emoções positivas	(η)	269	17	21	21	H = 3,504 gl = 3 p = 0,320
	Mediana (Md)	20,00	22,00	20,00	19,00	
	$X_{\min} - X_{\max}$	10 - 25	9 - 25	14 - 25	11 - 25	

Legenda: η - número de casos válidos; H - Kruskal–Wallis; gl – graus de liberdade; p – significância

Perante estes resultados, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0), não se confirmando a hipótese de investigação (H_2). Assim, conclui-se que os níveis de forças familiares, quer na pontuação total do QFF, quer nas suas diferentes dimensões, **não diferiram de forma estatisticamente significativa em função da tipologia familiar.**

Hipótese 3 (H3) – Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos.

Para testar esta hipótese recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann–Whitney, uma vez que a variável independente é dicotómica e os grupos são independentes.

Os resultados mostram que as famílias sem filhos apresentam medianas mais elevadas, nomeadamente no score total do QFF (Md = 132,00).

O mesmo padrão observou-se nas dimensões do QFF, com as famílias sem filhos a apresentarem medianas superiores na organização familiar positiva (Md = 49,00), nas crenças familiares positivas (Md = 31,00), na gestão/suporte familiar (Md = 30,50) e nas emoções positivas (Md = 23,00), em comparação com as famílias com filhos, como apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 - Forças familiares (QFF) segundo existência de filhos

	Estatísticas	Sem filhos na família	Com filhos na família	Teste Mann–Whitney (U)
Score total: Forças familiares (QFF)	(η)	28	300	U = 2634,500 Z = - 3,263 p = 0,001
	Mediana (Md)	132,00	122,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	101 - 145	75 - 145	
Dimensão 1 - Organização familiar positiva	(η)	28	300	U = 2356,000 Z = - 3,851 p < 0,001
	Mediana (Md)	49,00	43,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	36- 50	24 - 50	
Dimensão 2 – Crenças familiares positivas	(η)	28	300	U = 3119,000 Z = - 2,260 p = 0,024
	Mediana (Md)	31,00	29,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	24 - 35	16 - 35	
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	(η)	28	300	U = 3107,500 Z = - 2,285 p = 0,022
	Mediana (Md)	30,50	29,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	25 - 35	16 - 35	
Dimensão 4- Emoções positivas	(η)	28	300	U = 2602,000 Z = - 3,348 p < 0,001
	Mediana (Md)	23,00	20,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	16 - 25	9 - 25	

Legenda: n - número de casos válidos

Os resultados pelo teste de Mann–Whitney evidenciaram **diferenças estatisticamente significativas** no score total do QFF, com medianas mais elevadas nas famílias sem filhos ($p = 0,001$), permitindo rejeitar a hipótese nula (H_0) e **confirmar a hipótese de investigação (H3)**.

Adicionalmente, verificaram-se **diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do QFF**, com medianas consistentemente mais elevadas nas famílias sem filhos: organização familiar positiva ($p < 0,001$), crenças familiares positivas ($p = 0,024$), gestão/suporte familiar ($p = 0,022$) e emoções positivas ($p < 0,001$).

Hipótese 4 (H4) – Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família.

Para testar esta hipótese, recorreu-se à aplicação do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis.

Observou-se que os membros do casal apresentaram a mediana mais elevada no score total do QFF (Md = 133,00). Em contraste, os filhos/enteados e os avós/avôs revelaram medianas inferiores no score total do QFF (Md = 116,00). Contudo, a interpretação dos resultados relativos ao grupo Avô/Avó deve ser realizada com cautela, atendendo à sua reduzida dimensão amostral (n = 5).

Este padrão verificou-se igualmente ao nível das dimensões do QFF, com os membros do casal a apresentarem medianas mais elevadas na organização familiar positiva (Md = 49,00), nas crenças familiares positivas (Md = 31,50), na gestão/suporte familiar (Md = 30,50) e nas emoções positivas (Md = 23,00), conforme apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 - Forças familiares (QFF) segundo a posição geracional na família

	Estatísticas	Pai / Mãe / Progenitor	Filho(a) /Enteado(a)	Avô / Avó	Membro do casal	Teste Kruskal–Wallis
Score total: Forças familiares (QFF)	(η)	268	41	5	14	H = 18,184 gl = 3 p < 0,001
	Mediana (Md)	123,00	116,00	116,00	133,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	75 – 145	75- 145	104- 135	113 – 144	
Dimensão 1 - Organização familiar positiva	(η)	268	41	5	14	H = 30,387 gl = 3 p < 0,001
	Mediana (Md)	44,00	40,00	42,00	49,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	24 – 50	25 - 50	38 – 49	40 – 50	
Dimensão 2 - Crenças familiares positivas	(η)	268	41	5	14	H = 12,788 gl = 3 p = 0,005
	Mediana (Md)	30,00	27,00	28,00	31,50	
	$X_{mín} - X_{máx}$	16 – 35	16 - 35	24 – 33	26 – 35	
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	(η)	268	41	5	14	H = 7,136 gl = 3 p = 0,068
	Mediana (Md)	30,00	28,00	28,00	30,50	
	$X_{mín} - X_{máx}$	16 – 35	21 - 35	24 – 33	25 – 35	
Dimensão 4- Emoções positivas	(η)	268	41	5	14	H = 10,949 gl = 3 p = 0,012
	Mediana (Md)	20,00	19,00	20,00	23,00	
	$X_{mín} - X_{máx}$	11 – 25	9 - 25	15 – 23	18 – 24	

Legenda: η - número de casos válidos; H - Kruskal–Wallis; gl – grau de liberdade; p – significância

Os resultados evidenciaram **diferenças estatisticamente significativas no score total das forças familiares** entre as diferentes posições geracionais (p < 0,001), permitindo rejeitar a hipótese nula (H0₄) e **confirmar a hipótese de investigação (H4)**.

No que respeita às dimensões do QFF, observaram-se **diferenças estatisticamente significativas na organização familiar positiva** ($p < 0,001$), nas **crenças familiares positivas** ($p = 0,005$) e nas **emoções positivas** ($p = 0,012$). Por outro lado, **não se identificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão gestão/suporte familiar** ($p = 0,068$).

Após a obtenção de um resultado estatisticamente significativo no teste de Kruskal–Wallis, procederam-se a comparações múltiplas por pares através do teste de Dunn, com correção de Bonferroni.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: Filho(a)/Enteado(a) e Pai/Mãe/Progenitor ($p_{\text{ajustado}} = 0,025$), entre Filho(a)/Enteado(a) e Membro do casal ($p_{\text{ajustado}} < 0,001$), e entre Pai/Mãe/Progenitor e Membro do casal ($p_{\text{ajustado}} = 0,022$) (Tabela 21).

Tabela 21 - Comparações múltiplas por pares segundo a posição geracional

Grupo 1	Grupo 2	Estatística teste padrão (Z)	p_ajustado (Bonferroni)
Pai/Mãe/Progenitor	Filho(a)/Enteado(a)	-2,867	0,025
Pai/Mãe/Progenitor	Avô/Avó	-0,282	1,000
Pai/Mãe/Progenitor	Membro do casal	-2,906	0,022
Filho(a)/Enteado(a)	Avô/Avó	-0,746	1,000
Filho(a)/Enteado(a)	Membro do casal	-4,127	< 0,001
Avô/Avó	Membro do casal	-1,773	0,457

Nota: Teste de Dunn com correção de Bonferroni

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas comparações que envolveram o grupo Avô/Avó, com valores de p-ajustado entre 0,457 e 1,000, devendo a interpretação destes resultados ser realizada com cautela, atendendo à reduzida dimensão amostral deste grupo.

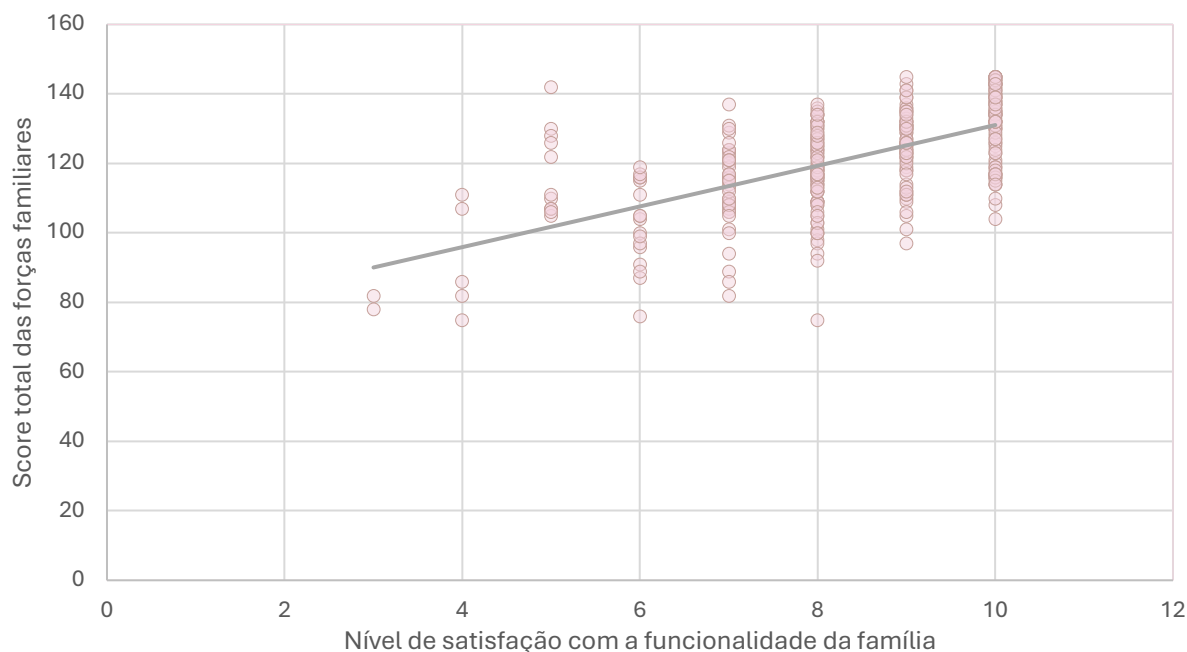
Hipótese 5 (H5) – Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar.

A relação entre os níveis de forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman, atendendo à não normalidade das distribuições.

Verificou-se a existência de uma **correlação moderada positiva**² e **estatisticamente significativa** entre o score total do QFF e a satisfação com a funcionalidade familiar ($r_s = 0,596$; $p < 0,001$), como ilustrado no Gráfico 6.

² Valores de correlação compreendidos entre $0,00 \leq r_s < 0,10$ indicam correlação ínfima positiva; $0,10 \leq r_s < 0,50$ indicam correlação fraca positiva; $0,50 \leq r_s < 0,80$ indicam correlação moderada positiva; $\geq 0,80$ indicam correlação forte positiva (Vilelas, 2025)

Gráfico 6 - Relação entre o score total das forças familiares e a satisfação com a funcionalidade familiar



As dimensões do QFF apresentaram igualmente correlações positivas estatisticamente significativas com a satisfação com a funcionalidade familiar. As dimensões organização familiar positiva ($\rho = 0,603$), crenças familiares positivas ($\rho = 0,540$) e emoções positivas ($\rho = 0,568$) evidenciaram correlações moderadas positivas, enquanto a dimensão gestão/suporte familiar apresentou uma correlação fraca positiva ($\rho = 0,433$) (Tabela 22).

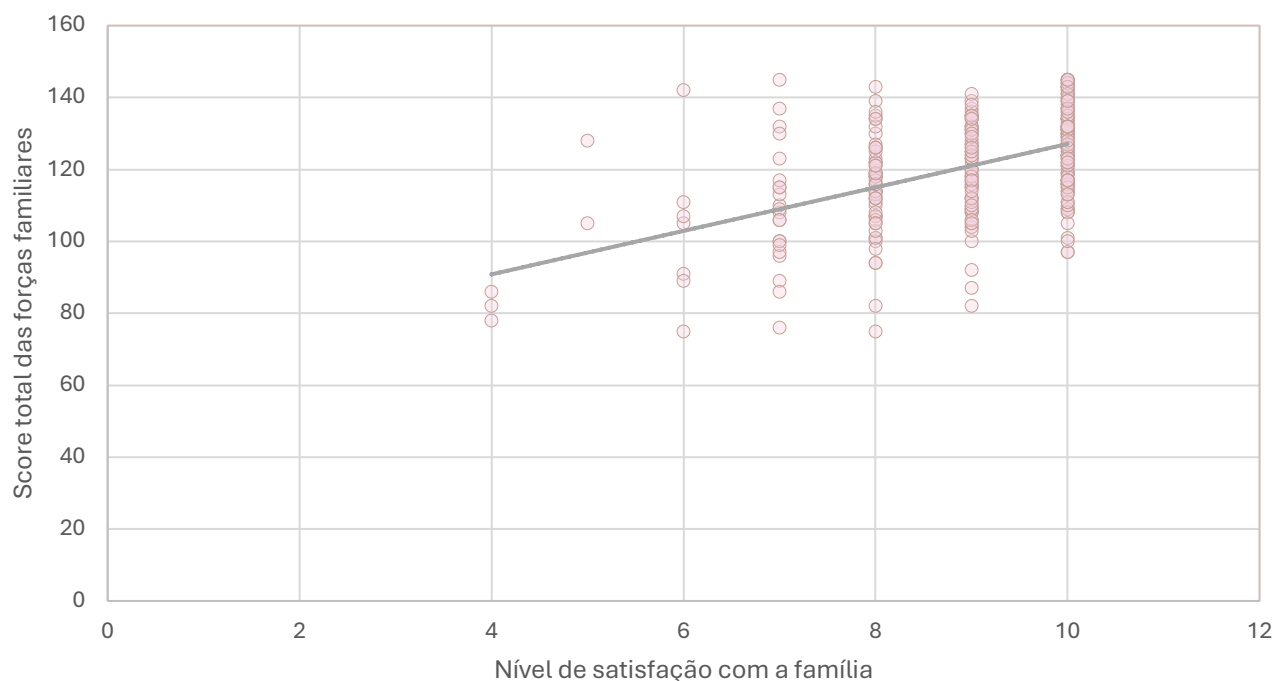
Tabela 22 - Correlações de Spearman entre forças familiares e satisfação com a funcionalidade familiar

	ρ de Spearman (r_s)	Significância (p)
Score total: Forças familiares (QFF)	0,596	<0,001
Dimensão 1- Organização familiar positiva	0,603	<0,001
Dimensão 2- Crenças familiares positivas	0,540	<0,001
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	0,433	<0,001
Dimensão 4- Emoções positivas	0,568	<0,001

Hipótese 6 (H6) – Existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família.

A análise correlacional, realizada através do coeficiente de Spearman, revelou a existência de uma **correlação fraca positiva e estatisticamente significativa** entre o score total do QFF e a satisfação com a família ($r_s = 0,455$; $p < 0,001$), como apresentado no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Relação entre o score total das forças familiares e a satisfação com a família



Resultados semelhantes foram observados ao nível das dimensões do QFF, com correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude fraca, destacando-se a organização familiar positiva, as crenças familiares positivas e as emoções positivas (Tabela 23).

Tabela 23 - Correlações de Spearman entre forças familiares e satisfação com a família

	p de Spearman (r_s)	Significância (p)
Score total: Forças familiares (QFF)	0,455	<0,001
Dimensão 1- Organização familiar positiva	0,476	<0,001
Dimensão 2- Crenças familiares positivas	0,415	<0,001
Dimensão 3 - Gestão/suporte familiar	0,299	<0,001
Dimensão 4- Emoções positivas	0,442	<0,001

4.4. Discussão

O presente capítulo visa analisar criticamente os resultados obtidos, procurando compreender o seu significado à luz dos referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar e da evidência científica disponível. Mais do que descrever os resultados, pretende-se interpretá-los, analisando o que revelam sobre as forças familiares e o seu papel no funcionamento do sistema familiar.

4.4.1. Interpretação dos principais resultados

Diferença nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família

Relativamente à hipótese em estudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes fases do ciclo vital da família, confirmando-se a hipótese. Observou-se que as fases iniciais apresentaram níveis mais elevados de forças familiares, observando-se valores inferiores nas fases intermédias e valores semelhantes nas fases tardias.

Os resultados sugerem que, apesar de uma perceção globalmente elevada das forças familiares, estas poderão não se distribuir de forma homogénea ao longo do ciclo vital, evidenciando sensibilidade às exigências específicas de cada etapa.

As fases intermédias do ciclo vital, frequentemente associadas à parentalidade ativa e à gestão simultânea de múltiplas responsabilidades, caracterizam-se por exigências desenvolvimentais acrescidas, que podem associar-se a maior complexidade organizacional e emocional no sistema familiar e influenciar a perceção das forças familiares disponíveis (Relvas, 2006; Walsh, 2016).

Este enquadramento poderá contribuir para compreender a diminuição observada nos níveis de forças familiares nestas fases, sugerindo que a perceção das forças familiares poderá ser influenciada pelo aumento das exigências contextuais e pela complexidade das tarefas desenvolvimentais.

Por outro lado, os níveis mais elevados observados nas fases iniciais poderão estar associados a maior disponibilidade relacional e menor complexidade organizacional. Já nas fases tardias, a relativa estabilização dos níveis de forças familiares poderá refletir processos de adaptação progressiva e reorganização do sistema familiar ao longo do tempo.

A análise das dimensões do QFF parece reforçar esta leitura, sugerindo que a organização familiar positiva e as emoções positivas poderão ser mais sensíveis às exigências associadas às diferentes fases do ciclo vital da família. Em contraste, as dimensões crenças familiares positivas e gestão/suporte familiar parecem apresentar maior estabilidade, podendo indicar que assumem um papel mais consistente no funcionamento do sistema familiar ao longo do tempo.

Esta variação é consistente com a perspetiva sistémica do ciclo vital familiar, que conceptualiza a família como um sistema dinâmico, sujeito a ajustamentos contínuos face às transições, implicando reorganização de papéis, fronteiras e padrões de funcionamento (Relvas, 2006; McGoldrick & Carter, 2004).

Adicionalmente, a literatura sobre resiliência familiar sustenta que as forças familiares resultam da capacidade do sistema para se adaptar às exigências contextuais e desenvolvimentais (Walsh, 2016), sendo expectável a sua variação ao longo do percurso familiar.

Diferenças nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares

A hipótese existe diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes tipologias familiares não foi confirmada. Os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares em função da tipologia familiar, quer no score total do QFF, quer nas suas dimensões.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas sugere que a perceção das forças familiares poderá não depender diretamente da tipologia familiar, mas antes de outros fatores estruturais, desenvolvimentais ou funcionais do sistema familiar.

Este resultado parece indicar que famílias com diferentes tipologias poderão apresentar níveis semelhantes de forças familiares, desde que consigam mobilizar recursos, processos e dinâmicas relacionais de forma eficaz.

Esta interpretação é consistente com a perspetiva sistémica da família, que enfatiza o funcionamento do sistema em detrimento da sua estrutura, defendendo que diferentes configurações familiares podem apresentar níveis semelhantes de adaptação e funcionamento (Relvas, 2006; McGoldrick & Carter, 2004), à luz do princípio da totalidade, que considera a família como mais do que a soma dos seus elementos. Neste contexto, destaca-se o princípio da equifinalidade, segundo o qual sistemas distintos podem alcançar resultados semelhantes através de diferentes trajetórias (Alarcão, 2002).

Adicionalmente, a literatura sobre resiliência familiar sugere que as forças familiares se desenvolvem através de processos dinâmicos, como os sistemas de crenças, a organização familiar e os processos de comunicação, independentemente da tipologia familiar (Walsh, 2016).

A evidência empírica contribui para uma leitura mais aprofundada destes resultados. No estudo de Russell e Su-Russell (2024), realizado com estudantes do ensino superior provenientes de diferentes estruturas familiares, verificou-se que níveis mais elevados de forças familiares se associaram a melhores indicadores de saúde. Contudo, os autores identificaram um efeito moderador da estrutura familiar, evidenciando que, embora as forças familiares sejam relevantes em diferentes contextos, a sua expressão e impacto podem variar em função da configuração familiar.

Em contextos de maior vulnerabilidade, estudos realizados em Portugal evidenciam que famílias expostas a múltiplos fatores de risco, como famílias monoparentais ou em situação de precariedade socioeconómica, apresentam simultaneamente desafios e capacidade de mobilização de recursos familiares (Melo & Alarcão, 2011; Fernandes, 2015). Nestes contextos, as forças familiares não se expressam pela ausência de dificuldades, mas pela capacidade de reorganização e adaptação às exigências do quotidiano (Relvas, 2006; Walsh, 2016).

Particularmente, a investigação de Fernandes (2015), em famílias multidesafiadas, demonstra que, apesar da presença de múltiplos fatores de risco, estas famílias são capazes de reconhecer forças relevantes, reforçando a ideia de que a tipologia familiar não determina linearmente o défice, mas antes condiciona os processos de adaptação do sistema familiar.

Diferenças nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos

A hipótese de existir diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre famílias com filhos e famílias sem filhos foi confirmada, evidenciando níveis significativamente mais elevados de forças familiares nas famílias sem filhos, tanto no score total do QFF como nas suas dimensões.

Este resultado parece sugerir que a presença de filhos poderá estar associada a diferentes exigências no funcionamento do sistema familiar, influenciando a perceção das forças familiares. A transição para a parentalidade constitui uma etapa normativa do ciclo vital familiar, caracterizada por reorganização de papéis, redistribuição de responsabilidades e ajustamento das dinâmicas conjugais e familiares. Estas exigências acrescidas poderão contribuir para uma perceção mais desafiante dessas forças no sistema familiar.

Importa, contudo, sublinhar que estas diferenças parecem refletir configurações desenvolvimentais distintas, não devendo ser interpretadas numa lógica de défice das famílias com filhos, mas antes como expressão das tarefas e exigências associadas à parentalidade.

No plano internacional, Kaakinen et al. (2015) salientam que a presença de filhos constitui um marcador central do desenvolvimento familiar, implicando uma reorganização profunda do sistema familiar. Esta reorganização envolve redistribuição de papéis, aumento das exigências organizacionais e emocionais e necessidade de conciliação entre as responsabilidades parentais, profissionais e conjugais. Neste contexto, a parentalidade é descrita como uma transição normativa particularmente exigente, associada a níveis mais elevados de stress familiar, mas também à ativação de processos adaptativos, como a cooperação e o suporte mútuo.

Estes processos de ajustamento poderão contribuir para compreender as diferenças observadas, sugerindo que a perceção das forças familiares pode ser influenciada pelas exigências acrescidas associadas à presença de filhos. Por contraste, as famílias sem filhos tendem a estruturar-se predominantemente em torno da relação conjugal e dos projetos individuais, podendo apresentar maior flexibilidade na gestão do tempo e dos recursos, o que poderá influenciar uma perceção mais positiva do funcionamento familiar (Kaakinen et al., 2015).

Neste enquadramento, as diferenças observadas parecem refletir não uma menor presença de forças familiares, mas antes a forma como estas são percecionadas em função das exigências desenvolvimentais e contextuais associadas à presença de filhos.

Diferenças nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família

A hipótese existe diferenças estatisticamente significativas nos níveis de forças familiares entre as diferentes posições geracionais na família foi confirmada. Os membros do casal apresentaram níveis mais elevados de forças familiares, enquanto os filhos/enteados revelaram valores inferiores.

Este resultado parece sugerir que a perceção das forças familiares poderá variar em função da posição ocupada no sistema familiar, refletindo diferenças na experiência vivida, no papel desempenhado e no grau de envolvimento no funcionamento do sistema familiar.

Enquanto subsistema central, o casal tende a assumir funções estruturantes na organização familiar, estando mais diretamente envolvido na gestão dos recursos, na tomada de decisões e na definição de papéis e regras, o que poderá influenciar a forma como perceciona o funcionamento familiar (Relvas, 2006).

Por outro lado, os filhos, particularmente em fases de desenvolvimento marcadas pela autonomização, poderão apresentar uma perceção distinta do funcionamento familiar, possivelmente mais crítica ou sensível às dinâmicas relacionais, refletindo as suas próprias necessidades desenvolvimentais e posicionamento no sistema familiar (Relvas, 2006).

A análise das dimensões do QFF parece reforçar esta leitura, sugerindo que as diferenças observadas se distribuem de forma diferenciada pelos vários domínios. As dimensões relacionadas com a organização

familiar e com as emoções positivas parecem evidenciar maior variação entre posições geracionais, enquanto a dimensão gestão/suporte familiar parece apresentar maior estabilidade, sugerindo tratar-se de um recurso mais transversal ao sistema familiar.

Resultados semelhantes são descritos na literatura, que evidencia variações na perceção do funcionamento e da satisfação familiar em função do papel ocupado, independentemente da idade cronológica (Svetina et al., 2011).

Esta leitura encontra suporte na perspetiva sistémica da família, que conceptualiza a família como um sistema composto por diferentes subsistemas interdependentes, nomeadamente o subsistema conjugal e o subsistema parental-filial, cada um com funções, papéis e dinâmicas próprias (Relvas, 2006).

Adicionalmente, a literatura evidencia que a perceção do funcionamento familiar pode variar entre os membros da família, em função do papel ocupado e das tarefas desenvolvimentais associadas, sendo comum a existência de diferentes leituras da mesma realidade familiar (Svetina et al., 2011).

Neste enquadramento, as diferenças observadas parecem refletir não discrepâncias no funcionamento familiar em si, mas antes a diversidade de perspetivas inerentes à experiência vivida por cada membro do sistema familiar.

Associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a funcionalidade familiar

A hipótese existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar foi confirmada, evidenciando uma correlação moderada positiva.

Este resultado parece sugerir que os níveis de forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar se encontram relacionados, podendo refletir dimensões associadas do funcionamento do sistema familiar. Neste sentido, a forma como o sistema se organiza e responde às exigências do quotidiano poderá estar associado à perceção das forças familiares.

A análise das dimensões do QFF parece sugerir que algumas dimensões, como a organização familiar positiva, poderão estar mais associadas à perceção de funcionalidade familiar, enquanto outras, como a gestão/suporte familiar, não evidenciam associação relevante com esta variável.

Esta leitura encontra suporte na literatura que conceptualiza a funcionalidade familiar como a capacidade do sistema para organizar papéis, comunicar eficazmente e responder às exigências desenvolvimentais (Olson, 2000) sugerindo que dimensões relacionadas com a organização e a comunicação poderão estar associadas à perceção de funcionalidade familiar.

A evidência empírica em contexto nacional parece reforçar esta associação. Estudos recentes evidenciam associações significativas entre forças familiares e perceção da funcionalidade familiar, indicando que famílias percecionadas como mais organizadas, coesas e emocionalmente suportivas tendem a avaliar o seu funcionamento de forma mais positiva (Henriques et al., 2025).

Estudos realizados com estudantes do ensino superior demonstraram que níveis mais elevados de forças familiares se associam a indicadores positivos de funcionamento e desenvolvimento individual. Nomeadamente, Gonçalves (2021) verificou que níveis mais elevados de forças familiares, sobretudo ao nível da organização familiar positiva, se associam a melhores indicadores de desenvolvimento individual, sugerindo maior capacidade de adaptação e de cumprimento das tarefas desenvolvimentais.

No mesmo sentido, Peres (2021) evidenciou que as forças familiares assumem um papel relevante na relação entre variáveis familiares e desenvolvimento individual, sugerindo que famílias percecionadas como mais funcionais e emocionalmente suportivas favorecem maior capacidade de adaptação e de resposta às tarefas desenvolvimentais dos seus membros.

Estes resultados parecem corroborar a associação observada no presente estudo, sugerindo que as forças familiares se relacionam com diferentes dimensões do funcionamento individual e familiar.

Associação entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família

A hipótese de que existe uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de forças familiares e a satisfação com a família foi confirmada, evidenciando uma correlação fraca positiva estatisticamente significativa entre estas variáveis.

Este resultado parece sugerir que os níveis de forças familiares e a satisfação com a família se encontram relacionados, podendo refletir dimensões de experiência familiar que tendem a ocorrer de forma associada.

A satisfação com a família, enquanto avaliação subjetiva da qualidade das relações e do clima relacional no sistema familiar, poderá estar associada às forças familiares, sugerindo que famílias que percecionam níveis mais elevados destas forças se relacionam com uma avaliação mais positiva da experiência familiar.

Esta leitura é coerente com a conceptualização da satisfação com a família enquanto avaliação subjetiva da qualidade das relações e do clima relacional no sistema familiar, em consonância com o modelo de funcionamento familiar proposto por Olson (2000).

Adicionalmente, os modelos sistémicos e de resiliência familiar sugerem que a capacidade de mobilização de forças familiares se associa a níveis mais elevados de bem-estar e adaptação familiar (Walsh, 2016).

A evidência empírica recente parece sustentar esta relação, evidenciando associações significativas entre forças familiares e satisfação com a família (Henriques et al., 2025).

4.4.2. Limitações e pontos fortes do estudo

Apesar dos contributos do presente estudo para a compreensão das forças familiares, importa reconhecer algumas limitações que podem influenciar a interpretação dos resultados.

No que respeita à validade interna, a avaliação baseou-se na perceção individual dos participantes, recorrendo a instrumento de autorresposta, o que introduz uma componente subjetiva inerente à autoavaliação e pode potenciar viés de desejabilidade social. Acresce que o desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas.

Relativamente à validade externa, a distribuição desigual dos participantes pelos diferentes subgrupos, nomeadamente a reduzida dimensão amostral de alguns grupos, poderá ter condicionado a potência estatística de algumas análises e limita a generalização dos resultados.

Apesar das limitações identificadas, o presente estudo apresenta um conjunto de pontos fortes que importa destacar. Salienta-se a utilização de um instrumento validado para a população portuguesa, o QFF, o que contribui para a fiabilidade e consistência dos dados obtidos, bem como para a robustez das análises realizadas.

Destaca-se igualmente a dimensão da amostra, que permitiu a realização de análises estatísticas e a análise de associações entre variáveis relevantes para a compreensão das forças familiares.

Importa ainda referir a pertinência do tema, considerando a escassez de estudos nacionais centrados nas forças familiares numa perspetiva sistémica, o presente trabalho contribui para o aprofundamento do conhecimento nesta área e para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar.

4.4.3. Implicações para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar

Os resultados do presente estudo apresentam implicações relevantes para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, ao evidenciarem a importância de uma abordagem centrada nas forças, sensível ao contexto desenvolvimental, relacional e subjetivo das famílias. A compreensão das forças familiares enquanto processos dinâmicos, influenciados pelo ciclo vital, pela posição ocupada no sistema familiar, pela existência de filhos e pela perceção individual dos seus membros, constitui um contributo significativo para a tomada de decisão clínica em cuidados de saúde.

A identificação de variações nos níveis de forças familiares ao longo do ciclo vital da família reforça a necessidade de integrar uma perspetiva desenvolvimental na avaliação familiar. As forças familiares não se manifestam de forma uniforme ao longo do tempo, sendo sensíveis às transições normativas e às exigências específicas de cada etapa do percurso familiar (Relvas, 2006; McGoldrick & Carter, 2004). Neste sentido, a prática do EEESF deve assentar numa avaliação sistemática e contextualizada da família enquanto unidade de cuidados, em consonância com as competências específicas definidas pela OE, que preconizam a avaliação, o planeamento e a intervenção ajustados às necessidades da família ao longo do ciclo vital (OE, 2018).

A inexistência de diferenças significativas nos níveis de forças familiares em função da tipologia familiar reforça a pertinência de uma abordagem não normativa da família. Estes resultados sustentam práticas de enfermagem que reconhecem a diversidade das configurações familiares contemporâneas, centrando-se nos processos de funcionamento, organização, comunicação e suporte, mais do que na estrutura do agregado familiar (Relvas, 2006; Walsh, 2016). Esta perspetiva encontra-se alinhada com as competências do EEESF, que valorizam intervenções inclusivas, equitativas e culturalmente sensíveis, promovendo cuidados ajustados à singularidade de cada sistema familiar (OE, 2019).

Os resultados relativos à existência de filhos e à posição geracional evidenciam a importância de considerar a parentalidade e o lugar ocupado no sistema familiar como elementos centrais na avaliação das forças familiares. A presença de filhos associa-se a exigências acrescidas de reorganização e adaptação, particularmente nas fases intermédias do ciclo vital, enquanto a posição geracional condiciona a forma como o funcionamento familiar é percecionado. Estes achados reforçam a necessidade de integrar múltiplas perspetivas no processo de avaliação familiar, valorizando a escuta ativa e a participação dos diferentes subsistemas familiares, em consonância com uma abordagem sistémica e colaborativa (Relvas, 2006; McGoldrick & Carter, 2004).

A relação significativa entre forças familiares, perceção de funcionalidade familiar e satisfação com a família evidencia que os recursos familiares se articulam de forma integrada com indicadores subjetivos de bem-estar e funcionamento familiar. Famílias que mobilizam recursos organizacionais, emocionais e relacionais tendem a percecionar o seu funcionamento como mais satisfatório e a experienciar maior bem-estar familiar (Olson, 2000; Walsh, 2016). Neste contexto, a utilização sistemática de instrumentos de avaliação das forças familiares, como o QFF, constitui um recurso relevante para apoiar a avaliação clínica, monitorizar a evolução

do sistema familiar e fundamentar o planeamento dos cuidados, tal como preconizado pelas competências avançadas do EEESF no domínio da avaliação e da tomada de decisão clínica (OE, 2018; OE, 2019).

Os resultados do estudo reforçam ainda a relevância de uma prática avançada em Enfermagem de Saúde Familiar orientada por uma matriz conceptual centrada nas forças. Este modelo oferece um enquadramento coerente com estes achados, ao privilegiar a identificação e mobilização dos recursos existentes no sistema familiar como ponto de partida para a intervenção (Gottlieb, 2016). Esta perspetiva contribui para uma prática reflexiva, colaborativa e potenciadora da autonomia familiar, consolidando o papel do EEESF enquanto profissional de referência na promoção do desenvolvimento e da capacidade adaptativa das famílias, em consonância com as competências definidas pela OE (OE, 2018; OE, 2019).

4.4.4. Recomendações para futuras investigações

Os resultados do presente estudo contribuem para a compreensão das forças familiares, evidenciando, contudo, a necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área.

Atendendo à natureza transversal do estudo, recomenda-se a realização de investigações longitudinais que permitam acompanhar as mesmas famílias ao longo do seu ciclo vital, possibilitando uma análise mais aprofundada dos processos de adaptação e reorganização familiar face às transições normativas e não normativas.

Recomenda-se ainda a realização de estudos focados em fases específicas do ciclo vital familiar, nomeadamente em famílias de meia-idade e idosas, atendendo ao envelhecimento progressivo da população, que torna particularmente relevante a compreensão das dinâmicas familiares nestas etapas. Adicionalmente, sugere-se o desenvolvimento de investigações que explorem de forma comparativa diferentes contextos socioculturais, nomeadamente famílias migrantes ou estrangeiras, considerando a crescente diversidade da população e a necessidade de compreender as forças familiares em contextos culturais distintos.

Por fim, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, sugere-se o desenvolvimento de estudos de intervenção centrados na mobilização das forças familiares, que incluam a avaliação dos ganhos em saúde antes e após a implementação das intervenções.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório permitiu evidenciar o percurso formativo desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, traduzindo-se num processo de reflexão crítica sobre a prática, sustentado na articulação entre conhecimento teórico, experiência clínica e evidência científica. Este percurso contribuiu para a consecução dos objetivos delineados e para o desenvolvimento progressivo das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESF, em conformidade com os referenciais da OE.

A realização dos ensinós clínicos em contexto de CSP não constituiu um primeiro contacto com esta realidade, uma vez que o meu percurso profissional tem sido desenvolvido numa USF. Contudo, este processo formativo revelou-se particularmente desafiante, ao implicar uma reconstrução do olhar sobre a prática e a transição de uma abordagem predominantemente centrada no indivíduo para uma perspetiva sistémica, em que a família assume o lugar de unidade de cuidados.

Apesar da familiaridade com a organização e funcionamento dos CSP, tornou-se evidente a necessidade de aprofundar competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Familiar, designadamente ao nível da avaliação familiar estruturada, da mobilização de modelos teóricos de referência e da intencionalidade das intervenções dirigidas à família enquanto sistema.

Neste sentido, o estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para reformular práticas anteriormente adquiridas, promovendo uma maior consciencialização do papel do EEESF e uma intervenção mais fundamentada, reflexiva e centrada nas dinâmicas, recursos e necessidades da família ao longo do seu ciclo vital.

A prática clínica desenvolvida permitiu consolidar a compreensão da família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, bem como a importância de avaliar as interações internas e as relações com o contexto envolvente, à luz de uma perspetiva ecológica e sistémica.

Simultaneamente, este percurso evidenciou que a operacionalização dos instrumentos de avaliação em contexto real implica desafios, exigindo capacidade de adaptação, pensamento crítico e tomada de decisão clínica fundamentada. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma prática mais intencional e centrada na valorização das forças e potencialidades da família.

Importa reconhecer que, apesar da evolução da especialidade em Portugal, ainda persistem desafios significativos à plena implementação do modelo de Enfermagem de Saúde Familiar. A predominância de uma abordagem biomédica, centrada no indivíduo, a sobrecarga assistencial, a insuficiente formação especializada e a escassez de indicadores específicos que evidenciem os ganhos em saúde ao nível familiar constituem obstáculos à visibilidade e valorização desta área. Neste sentido, torna-se fundamental investir na formação especializada e contínua dos profissionais, na reorganização dos cuidados e na produção de conhecimento científico que sustente práticas baseadas na evidência e favoreça a obtenção de ganhos em saúde.

A componente de investigação desenvolvida no âmbito deste relatório reforçou a pertinência de integrar a evidência científica na prática clínica, ao evidenciar o papel das forças familiares como recurso central na adaptação e funcionamento das famílias. Os resultados obtidos demonstraram níveis globalmente elevados de forças familiares, bem como diferenças estatisticamente significativas em função da fase do ciclo vital, a existência de filhos e a posição geracional, sugerindo que a mobilização das forças familiares é influenciada por características estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família.

Adicionalmente, a associação positiva entre as forças familiares e a perceção de funcionalidade familiar reforça a ideia de que famílias que percecionam o seu funcionamento como mais satisfatório tendem a apresentar maior capacidade adaptativa, evidenciando a interligação entre recursos internos e dinâmicas relacionais.

Estes resultados sustentam a relevância de uma prática de enfermagem centrada nas potencialidades familiares, orientada para a identificação, mobilização e reforço das forças existentes, constituindo um contributo importante para intervenções mais eficazes, capacitadoras e ajustadas às necessidades reais das famílias ao longo do ciclo vital.

Em termos de desenvolvimento pessoal e profissional, este percurso permitiu consolidar competências fundamentais do EEESF, nomeadamente ao nível do raciocínio clínico, da tomada de decisão, da comunicação terapêutica, da gestão de cuidados e da intervenção centrada na família ao longo do ciclo vital. Mais do que a aquisição de conhecimentos, este processo traduziu-se numa transformação da prática e da identidade profissional, reforçando uma postura mais reflexiva, crítica e consciente do papel do enfermeiro de família.

Conclui que este percurso formativo consolidou uma prática mais consciente, intencional e sustentada na evidência, orientada para a família enquanto sistema dinâmico e unidade central dos cuidados de enfermagem. Reconheço, contudo, que a especialização se configura como um processo contínuo, exigindo atualização permanente, reflexão crítica e compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2025). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BICSP)*. <https://bicsp.min-saude.pt>
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares* (2.ª ed.). Quarteto Editora.
- Alarcão, M., & Gaspar, M. F. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paideia*, 17(36), 89–102. <https://www.scielo.br/paideia>
- Decreto-Lei n.º 73/2017: *Ministério da Saúde* (2017). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 117, de 21 de junho. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto-Lei n.º 102/2023: *Ministério da Saúde*. (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, de 07 de novembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023: *Ministério da Saúde* (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, de 07 de novembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 298/2007: *Ministério da Saúde* (2007). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 161, de 22 de agosto. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-402252>
- DeFrain, J. (1999). Strong Families. *Family Matters*, (53). https://uk.upf.org/images/stories/UK_PDF/strong_families.pdf
- DeFrain, J., & Asay, S. M. (2007). Strong families around the world: Strengths-based research and perspectives. Routledge.
- Deodato, S. (2022). *Ética em Enfermagem: Princípios e Práticas*. LIDEL.
- DGS. (2022). *Plano nacional de saúde 2030: Saúde sustentável: De todos para todos*. <https://pns.dgs.pt>
- Duvall, E. M. (1957). *Family development*. J. B. Lippincott.
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2025). Planeamento do estágio III: Curso de mestrado em enfermagem comunitária – área enfermagem de saúde familiar. Instituto Politécnico de Leiria.
- Fernandes, S. C. (2015). Forças familiares nas famílias multidesafiadas: a perceção das famílias e dos técnicos [Dissertação mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023). Ecomapa. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 350–352). LIDEL.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vítor, C. (2023). Genograma e psicofigura de Mitchell. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 344–346). LIDEL.
- Figueiredo, M. H., Santos, I., & Santiago, C. (2023). Transformações sociais e complexidade interacional. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 96–99). LIDEL.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Theory and practice* (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Giddens, A. (2005). *Sociologia* (4ª ed). Artemed.
- Gladding, S. (2015). *Family therapy: History, theory, and practice* (6th ed.). Pearson Education.
- Gonçalves, J. A. P. (2021). Perceção de forças familiares por estudantes do ensino superior. Impacto da Resiliência Individual, Variáveis Sociodemográficas, Familiares e Respostas ao Confinamento. [Dissertação mestrado, Universidade de Coimbra].
- Gottlieb, L. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Lusodidacta.

- Guimarães, C. M. N. S. (2022). *Efeitos de curto e médio prazo de um programa de educação parental desenvolvido na Região Centro de Portugal* [Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu].
- Henriques, C. M., Ramalho, S., Frade, M., Frade, J., & Barroso, T. (2025). Influência das forças familiares: Percepção das mães no período de situação pandêmica. *Cogitare Enfermagem*, 30:e99182pt. <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.99182pt>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2024). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. <https://www.cartasocial.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos*. <https://www.ine.pt>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing—Theory, Practice, and Research* (5th ed.). F.A. Davis Company.
- Lei n.º 15/2014: *Assembleia da República* (2014). Diário da República, 1.ª série, n.º 57, de 21 de março. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-492878>
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (3rd ed). McGraw-Hill.
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.ª ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, R., Máné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem avançada*. LIDEL.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2004). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Pearson Education. https://education.biu.ac.il/sites/education/files/shared/carter_family_cycle.pdf
- Melo, A., & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*, 48, 34–41.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Regulamento n.º 161/96, de 4 de setembro)*. Diário da República, série I-A, n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamento n.º 367/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Código Deontológico do Enfermeiro (Regulamento n.º 126/2015, de 12 de março)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 49. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/126-2015-67171887>
- 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, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 43.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 – Referencial em enfermagem de saúde familiar*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Peres, A. C. (2021). Diferenciação do Self de Estudantes do Ensino Superior em Período de Confinamento: Papel Mediador das Forças Familiares [Dissertação mestrado, Universidade de Coimbra].
<https://www.proquest.com/openview/23674e6f9d0b994b507757c6593edfe0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Portaria n.º 87/2015: Ministério da Saúde. (2015). Diário da República, 1.ª série, de 23 de março.
<https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/87-2015-66501172>
- Regulamento (UE) n.º 679/2016: Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2016). *Regulamento geral sobre a proteção de dados (RGPD) da união europeia (UE)*. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=pt>
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo vital da família. Perspetiva sistémica* (3ª Ed). Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Quarteto Editora.
- Russell, L. T., & Su-Russell, C. (2024). Family functioning, contributions to college expenses, access to mentors, and college student's health and flourishing: Examining moderation by family structure. *Journal of American College Health*, 72(7), 2269–2277.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2109035>
- Silva, M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In *Enfermagem de Saúde Familiar*, (pp. 152 - 158). LIDEL.
- Stinnett, N., & DeFrain, J. (1985). *Secrets of Strong Families*. Little Brown & Company.
- Svetina, M., Zabret, E., & Bajec, B. (2011). Perception of family functioning: Parental vs. Non-parental perspective. *Suvremena psihologija*, 14(1), 5–15.
- UICISA:E (2020). *Parecer n.º 676/06-2020* [Parecer Ético]. Comissão de Ética da UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Unidade de Saúde Familiar [anonimizada]. (2023). *Manual de acolhimento aos profissionais da unidade de saúde familiar* (Versão 2) [Documento interno]
- Vilelas, J. (2025). *Investigação: O Processo de construção do conhecimento* (4.ª ed). Edições Silabo.
- Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35, 261–281.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (3rd ed.). The Guilford Press.
- WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed). Roca.

APÊNDICES

Apêndice I - Formação Perdas e Luto



SACOS



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Plano de Sessão

Designação da Ação:	Perdas e Luto	Duração	Total:	1_ H
Data:	30/01/2026	Local Realização:		
Formador (s):	Carla Sofia dos Reis Amado			

Objetivo Geral <i>(Indicar o propósito da formação)</i>	Capacitar a equipa da USF : [REDACTED] para compreender o luto como um processo natural e multifatorial, reconhecendo as suas manifestações, fatores influenciadores e princípios de intervenção clínica no apoio à pessoa e família enlutadas, em conformidade com as orientações normativas em vigor.
Objetivos Específicos <i>(Afetar as objetivos específicas a cada um dos temas)</i>	• Compreender o conceito de perda e luto nas suas diferentes dimensões; • Identificar os principais fatores mediadores da vivência do luto; • Reconhecer manifestações normais do luto e sinais de alerta para luto prolongado; • Conhecer modelos conceptuais explicativos do luto; • Enquadrar a intervenção dos profissionais de saúde no apoio à pessoa enlutada, de acordo com a Norma n.º 3/2019 da DGS.
Temas a abordar <i>(Indicar os temas a abordar)</i>	• O processo de perda e luto; • Modelos conceptuais do luto; • Manifestações do luto; • Luto agudo; • Perturbação do luto prolongado; • Norma 003/2019 da DGS.
Metodologias Adoptadas <i>(Indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	Métodos Afirmativos • Método Expositivo - X • Método Demonstrativo_ Métodos Interrogativos • Técnica de Perguntas_ • Ensino Programado_ Métodos Activos • Estudo de Casos_ • Brainstorming_ • Jogo de Papéis_ Outros_____
Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(Quais os recursos usados)</i>	• Apresentação em PowerPoint; • Computador e projetor
Resultados Esperados	Maior compreensão do luto enquanto processo normal de adaptação à perda; Aumento da capacidade de identificação de sinais de alerta para luto prolongado; Melhoria da abordagem clínica e relacional à pessoa e família enlutadas; Maior adequação das intervenções e referênciação em cuidados de saúde primários.

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos, que **Carla Sofia dos Reis Amado**, realizou **uma formação em serviço** dirigida à equipa multiprofissional na USF [redacted] No dia 30 de janeiro de 2026, subordinada ao tema **"Perdas e Luto"**.

Mais se declara que a referida atividade se integrou no âmbito do estágio realizado na unidade, contribuindo para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.



– Enfermeira do Conselho Técnico USF [redacted]

Apêndice II - Formação Família como Unidade de Cuidados



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Plano de Sessão

Designação da Ação:	Família como Unidade de Cuidados: contributos para a prática em CSP	Duração Total:	0,5_ H
Data:	30/12/2026	Local Realização:	
Formador (s):	Carla Sofia dos Reis Amado – Aluna Mestrado Saúde Familiar		

Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>	Capacitar a equipa de enfermagem da USF [redacted] para compreender a família como unidade de cuidados, reconhecendo a sua influência nos processos de saúde, adesão terapêutica e organização dos cuidados nos Cuidados de Saúde Primários.
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	• Reconhecer a família como sistema e unidade de cuidados; • Identificar a influência da dinâmica familiar na prática clínica diária; • Compreender a importância do ciclo vital da família nos cuidados prestados; • Reconhecer a utilidade dos modelos de avaliação na prática profissional.
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>	• Conceito contemporâneo de família; • Família como sistema; • Tipologias familiares e implicações práticas; • Ciclo vital da família; • Enfermagem de Saúde Familiar e abordagem multiprofissional.
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	Métodos Afirmativos • Método Expositivo - X • Método Demonstrativo_ Métodos Interrogativos • Técnica de Perguntas__ • Ensino Programado__ Métodos Activos • Estudo de Casos__ • Brainstorming__ • Jogo de Papéis__ Outros_____
Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>	• Apresentação em PowerPoint; • Computador e projetor
Resultados Esperados	Maior compreensão do papel da família nos cuidados de saúde; Sensibilização para a utilização de modelos conceptuais no plano de cuidados; Promover a referenciação para enfermeiro especialista em saúde familiar.



PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Carla Sofia dos Reis Amado, 5240072

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem
de Saúde Familiar

Professor: Professor Doutor João Frade

Leiria, julho de 2025

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:

Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Carla Sofia dos Reis Amado, 5240072

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem
de Saúde Familiar

Professor: Professor Doutor João Frade

Leiria, julho de 202

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APGAR - *Adaptability, partnership, growth, affection, resolve*

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

FACES - *Family adaptability and cohesion evaluation scale*

DGS – Direção Geral da Saúde

MCAF- Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF- Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF- Modelo Calgary de Intervenção Familiar

PLP - Perturbação de Luto Prolongado

USF – Unidade Saúde Familiar

ÍNDICE

Índice de Quadros	iv
Índice de Figuras	iv
Introdução	5
1. Enquadramento Teórico	6
1.1. Introdução ao modelo de avaliação familiar: história e componentes do modelo	6
1.2. Abordagem sistémica na enfermagem de família	7
1.3 Processo de enfermagem à família	9
2. Avaliação Familiar	10
2.1 Apresentação do caso clínico	10
2.2- Avaliação estrutural	11
2.3 - Avaliação do desenvolvimento	16
2.3.1 Estádios	16
2.3.2 Tarefas	17
2.3.3 Vínculos	18
2.4. Avaliação funcional	19
2.4.1. Instrumental	19
2.4.2. Expressivo	20
3 - Intervenção Familiar	26
3.2. Plano de Cuidados	28
3.2.1 Intervenção com Recurso a Metáfora Terapêutica – "O Restaurante"	29
3.2.2 Diagnóstico Papel parental não adequado	30
3.2.3 Diagnóstico Satisfação conjugal não mantida	31
3.2.4 Diagnóstico Processo familiar disfuncional	33
3.2.5 Diagnóstico Processo de luto comprometido	34
4. Discussão e Conclusões	36
Referências Bibliográficas	37

Índice de Quadros

<i>Quadro 1- Aplicação da escala de Faces II à família Constelação: Coesão-----</i>	<i>23</i>
<i>Quadro 2- Aplicação da escala de Faces II à família Constelação: Adaptabilidade-----</i>	<i>23</i>
<i>Quadro 3- Interpretação do resultado da Escala FACES II à família Constelação -----</i>	<i>24</i>
<i>Quadro 4- Planeamento de intervenções à família Constelação -----</i>	<i>29</i>
<i>Quadro 5- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Papel Parental Não Adequado -----</i>	<i>31</i>
<i>Quadro 6 - Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Satisfação Conjugal não mantida -----</i>	<i>32</i>
<i>Quadro 7- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Processo familiar disfuncional -----</i>	<i>33</i>
<i>Quadro 8- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Luto comprometido -----</i>	<i>34</i>

Índice de Figuras

<i>Figura 1- Diagrama de árvore do modelo de avaliação familiar de Calgary -----</i>	<i>10</i>
<i>Figura 2- Genograma da Família Constelação-----</i>	<i>12</i>
<i>Figura 3 - Genograma da Família alargada -----</i>	<i>13</i>
<i>Figura 4- Ecomapa da Família Constelação -----</i>	<i>14</i>
<i>Figura 5 - Aplicação da escala Graffar à família Constelação-----</i>	<i>15</i>
<i>Figura 6 - Condições habitação da família Constelação -----</i>	<i>16</i>
<i>Figura 7 - Ciclo Vital da família Constelação -----</i>	<i>17</i>
<i>Figura 8- Aplicação da escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe à família Constelação -----</i>	<i>25</i>
<i>Figura 9- Processo de enfermagem da Família Constelação -----</i>	<i>28</i>

Introdução

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do Estágio II do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, ano letivo 2024/2025. Tem como objetivo apresentar de forma sistematizada o processo de avaliação e intervenção de uma família acompanhada em contexto de cuidados de saúde primários com recurso a um modelo de avaliação familiar, tendo na sua base a abordagem sistémica de enfermagem. Este trabalho reflete a integração de conhecimentos teóricos adquiridos, a consolidação de competências especializadas e a aplicação de modelos de referência na prática da enfermagem familiar.

A escolha da família acompanhada neste relatório resultou da recomendação da enfermeira orientadora de estágio, tendo em conta a pertinência clínica e pedagógica do seu acompanhamento, por apresentar características específicas que suscita atenção por parte da equipa de saúde, nomeadamente dinâmicas relacionais complexas, vivências de transições significativas e desafios no exercício dos papéis parentais e conjugais.

A intervenção desenvolvida com a família em estudo foi orientada pelo Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MCAIF), reconhecido como modelo de referência pela Ordem dos Enfermeiros. Este modelo permite avaliar e compreender as dinâmicas familiares, reforçar a sua estrutura interna e promover melhores resultados em saúde para os seus membros. Estrutura-se em duas grandes etapas, avaliação e intervenção, incidindo respetivamente, sobre aspetos estruturais, de desenvolvimento e funcionais da família, e sobre a promoção de mudanças que contribuam para o seu bem-estar global. Esta abordagem centrada na família permite ajustar as intervenções às suas necessidades específicas, promovendo o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Familiar.

O MCAIF constitui uma ferramenta teórica e prática indispensável na atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), ao oferecer uma estrutura sistemática que reconhece a família como unidade central de cuidados. A sua aplicação facilita a avaliação e intervenção nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, promovendo a capacitação das famílias para a autogestão, a tomada de decisões informadas e a resolução eficaz de problemas. Este modelo está em consonância com as competências nucleares do EEESF, nomeadamente a capacidade de intervir na dinâmica relacional familiar, de promover o bem-estar global e de fomentar a coesão entre os seus membros ao longo do ciclo vital.

Além disso, o MCAIF integra os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, que valorizam cuidados centrados na pessoa e na família, baseados em evidência científica e orientados por princípios éticos e de respeito pelos direitos humanos. A sua utilização, portanto, não só responde aos requisitos normativos da profissão, como também contribui para elevar os padrões de excelência na prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar.

O processo de enfermagem familiar apresentado compreendeu uma avaliação sistematizada, com recurso a instrumentos clínicos específicos e à entrevista familiar sistémica, e na formulação de diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos, implementação de intervenções e monitorização dos ganhos em saúde. As intervenções foram planeadas e desenvolvidas em articulação com os membros da família, respeitando os seus contextos, necessidades e preferências, numa perspetiva ética, relacional e colaborativa.

Para salvaguardar o anonimato e a confidencialidade, todos os nomes da família foram substituídos por pseudónimos.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Introdução ao modelo de avaliação familiar: história e componentes do modelo

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) desenvolvido por Wright e Leahey e publicado em livro com a primeira edição em 1984 e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), publicado em 1994, estão associados, podendo ser utilizados na prática clínica isoladamente ou em conjunto, consoante a etapa do processo de cuidados. Este modelo define a família como “quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2011).

O MCAF consiste numa estrutura multidimensional, integrada, baseada na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e teoria da mudança e é influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição, apresentando três categorias principais de avaliação (estrutural, de desenvolvimento e funcional), de modo a avaliar a família no sentido de lhe oferecer intervenções e ajudá-la a realizar mudanças e resolver problemas e orienta a prática do EEESF na identificação de forças e fragilidades familiares, promovendo intervenções eficazes e colaborativas (Wright & Leahey, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Na avaliação estrutural, apresentam-se três categorias: a estrutura interna, a externa e o contexto, envolvendo conceitos complexos em interação. Para realizar a avaliação estrutural da família, temos vários instrumentos úteis que podem tornar esta tarefa mais fácil, como é o caso do genograma e do ecomapa.

O genograma pode ser definido como o diagrama da família, fornecendo dados sobre relacionamentos, transições, padrões relacionais, ocupação e saúde ao longo do tempo, incluindo no mínimo três gerações. Este instrumento, geralmente elaborado na primeira entrevista, permite obter uma representação clara e sistematizada da composição familiar, incluindo dados como a idade dos membros e os papéis que assumem na dinâmica familiar (Figueiredo et al., 2023b). Assim, contribui de forma significativa para a tomada de decisão clínica, ao possibilitar uma leitura transversal (horizontal) e intergeracional (vertical) da estrutura e do funcionamento familiar, sendo particularmente relevante para orientar o processo terapêutico.

O ecomapa, é uma ferramenta que avalia as relações familiares e sociais, destacando interações com o ambiente externo. Utiliza uma simbologia clara para representar as relações e recursos familiares, com elementos do agregado familiar no centro e sistemas mais amplos ao redor. Os vínculos são classificados evidenciando a interação entre a família e o meio (Figueiredo, 2012). O genograma e o ecomapa são as estratégias recomendadas para avaliar a estrutura da família.

A avaliação do desenvolvimento permite compreender fenómenos familiares associados ao crescimento e que definem a sua trajetória evolutiva ao nível funcional, estrutural e interacional. A articulação do conhecimento dessa trajetória com as transformações na dinâmica familiar decorrentes do ciclo vital possibilita o desenvolvimento de cuidados antecipatórios, que capacitam a família na efetivação das suas tarefas desenvolvimentais (Wright & Leahey, 2011).

Na avaliação funcional, é aferido o modo como os elementos interagem entre si, quer seja através das atividades de vida quotidiana ou através dos padrões com que eles comunicam, exprimem emoções, influenciam, a capacidade de resolver problemas, importância dada aos problemas familiares e aos fatores de stress (Figueiredo, 2012).

O MCIF foi um dos primeiros modelos de intervenção familiar, que surgiu no âmbito da enfermagem da família (Shajani & Snell, 2019) e, assim como o MCAF, é hoje um dos modelos com grande reconhecimento e aceitação a nível mundial que nos orienta sobre a intervenção na família.

“É na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital...” (Martins, et al, 2012).

As teorias do desenvolvimento e do ciclo vital da família fornecem um enquadramento importante para se compreender as experiências e mudanças normativas que ocorrem na família, à medida que ela evolui no ciclo vital (Kaakinen, 2018). Ao longo dessa evolução, a família experimenta períodos de tensão e crises decorrentes da necessidade de se adaptar a novas tarefas, papéis e expectativas, o que a coloca numa posição vulnerável e, por vezes, ao surgimento de sintomatologia (Watson, 2012).

1.2. Abordagem sistémica na enfermagem de família

A abordagem sistémica considera a família como um sistema interconectado, onde cada membro influencia e é influenciado pelos outros. Baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas, que vê a família como um sistema aberto em constante interação com seu ambiente. Esta abordagem é fundamental para compreender a complexidade das interações familiares e suas influências na saúde (Alarcão, 2000).

A família enquanto sistema é composto por objetos, seus atributos e relações, constituída por vários subsistemas, e faz parte integrante de outros sistemas, neste caso suprassistemas, todos eles relacionados e organizados hierarquicamente. É possuidora de limites ou fronteiras que a individualizam do meio envolvente (Alarcão, 2000).

Como sistema aberto esta é dotada da propriedade da totalidade, ou seja, a família é diferente da soma das suas partes, cada um dos seus membros influencia os outros, ou seja, o comportamento de um membro é indissociável dos outros, e o que acontece ao mesmo, afeta toda a família (Alarcão, 2000).

Dota também da propriedade de equifinalidade, resultante da capacidade que a família dispõe para se organizar em torno de um objetivo, condições iniciais idênticas não significam resultados finais iguais, e vice-versa (Alarcão, 2000).

Retroação é outra das características familiares, em que o comportamento de um dos seus elementos não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento, implica utilizar uma abordagem circular de interações, o sistema familiar reage à informação proveniente dos seus elementos e do ambiente, alterando o seu comportamento de forma a assegurar a sua continuidade.

Possui também a propriedade de auto-organização, ou seja, é autónoma na gestão da informação recebida, do exterior, integrando-a o sistema cria as suas próprias determinações e as suas próprias finalidades. Assim, com a informação recebida do interior ou exterior do sistema, de uma forma autónoma e espontânea, modifica a sua estrutura, de modo a permitir criar as condições necessárias à sua sobrevivência, ou de permanecer idêntico (Alarcão, 2000).

Na opinião de Maturana (2005), o sistema familiar é constituído por um conjunto de subsistemas autónomos, pertencente, ele próprio, a suprassistemas mais amplos (família alargada, bairro, comunidade religiosa, sociedade, entre outros). Os subsistemas que compõem o sistema familiar são: o individual, o conjugal, o parental e o fraternal, com funções e papéis dentro e fora do sistema familiar, traduzindo o princípio hologramático do sistema.

O subsistema individual constitui-se pelo próprio indivíduo, abrangendo os determinantes individuais que vão para além da sua dimensão familiar (Minuchin & Fishman, 1990).

O subsistema conjugal é constituído pelo casal, estabelecendo-se como modelo relacional na expressão da afetividade e gestão de conflitos (Relvas, 2003). As suas principais tarefas prendem-se com a complementaridade e acomodação mútua (Minuchin & Fishman, 1990).

Pode afirmar-se, segundo Giddens, (1993), que a conjugalidade permite a validação da identidade, através de processos de legitimação e descoberta do outro, concretizada pela função mútua de ajuda relacional. O espaço conjugal constitui-se como recurso face às exigências externas (Minuchin & Fishman, 1990).

Com o passar do tempo, papéis e funções deste subsistema, vão sofrendo alterações relacionadas com a fase do ciclo vital que a família atravessa. Se por um lado, numa fase inicial, existe uma relação fusional, ela vai-se transformando e, por exemplo, com o nascimento do primeiro filho, a nova função de parentalidade começa a enformar-se, por forma a dar resposta às novas exigências do ciclo vital (Hanson, 2005).

O subsistema parental tem objetivos relacionados com a educação e proteção dos filhos, podendo incluir outros elementos para além dos pais (Relvas, 2003). A parentalidade integra ações e interações por parte dos pais, envolvendo o desenvolvimento da criança e a aquisição de competências, bem como da identidade parental. Constituindo os comportamentos parentais, estas ações incluem os cuidados físicos, mas também os afetivos (Bowlby, 1990).

O subsistema fraternal é constituído pela fratria, pelos irmãos ou irmãs, representando o primeiro espaço de socialização. É neste subsistema que as crianças começam a desenvolver relações entre iguais, potenciando a negociação e cooperação e, subsequentemente, o desenvolvimento de padrões interacionais, essenciais aquando do ingresso em grupos extrafamiliares (escola) (Relvas, 2000).

Para o funcionamento dos subsistemas é necessária a existência de limites ou fronteiras, entre os diferentes subsistemas familiares e entre os suprassistemas, obedecendo ao princípio da permeabilidade, que permite as trocas de informação com o meio. Minuchin (1990) define-os como rígidos, claros ou difusos, como forma de caracterizar e tipificar as famílias. Os limites rígidos caracterizam-se pela definição clara dos papéis de cada um, não existindo flexibilidade. Os limites claros caracterizam-se pela definição clara dos papéis de cada um, existindo flexibilidade. Os limites difusos caracterizam-se pela não definição clara dos papéis de cada um, na família, e pela intromissão de papéis.

Na abordagem sistémica do cuidado à família, a exploração dos assuntos da família com a mesma contribui para que os membros da família clarifiquem o significado que atribuem aos eventos, esclareçam dúvidas e/ou coidentifiquem os fatores stressores/problemas que careçam da intervenção de terceiros, nomeadamente do enfermeiro, para o desenvolvimento de estratégias de coping (Meiers, et al ,2007).

O MCAF é uma ferramenta conceitual e prática amplamente utilizada na enfermagem e em outros campos da saúde para avaliar e compreender as dinâmicas familiares. O modelo permite que profissionais explorem as estruturas, desenvolvimento e funcionamento das famílias, facilitando intervenções personalizadas e eficazes. A sua aplicação abrange diversos contextos, sendo ajustável às especificidades de diferentes populações (Wright & Leahey 2011).

De acordo com as autoras Wright & Leahey (2011), o MCAF pode ser aplicado em diversas configurações familiares e estágios de desenvolvimento. Além disso, pode ser ajustado para incluir novos tipos de famílias, como aquelas formadas por casais gays e lésbicas, com ou sem filhos. O MCAF também é útil em situações familiares mais complexas, como em questões relacionadas a testes genéticos e adoção intergeracional.

A aplicação eficaz do modelo depende da sensibilidade cultural e da capacidade do profissional de estabelecer um vínculo de confiança com a família. Em qualquer contexto, o MCAF promove intervenções centradas na família, fortalecendo as relações e facilitando o enfrentamento de desafios coletivos. Essa versatilidade torna o modelo um recurso valioso na prática clínica e no cuidado integral em saúde.

1.3 Processo de enfermagem à família

O Processo de Enfermagem (PE) constitui a metodologia fundamental que orienta e estrutura a intervenção do enfermeiro. Trata-se de um método sistemático de prestação de cuidados, sustentado por uma base filosófica e científica, que confere organização, coerência e intencionalidade à prática profissional. A aplicação do PE representa, assim, a concretização de um pensamento teórico próprio da disciplina de Enfermagem, permitindo ao enfermeiro tomar decisões fundamentadas e prestar cuidados com qualidade (Potter & Perry, 2006).

Segundo Potter e Perry (2006) o PE desenvolve-se em cinco etapas interdependentes e articuladas: 1) Histórico de Enfermagem, que integra a anamnese e o exame físico e identifica as necessidades de cuidados de saúde de um cliente; 2) Diagnóstico de Enfermagem, com a identificação de problemas reais e/ou potenciais; 3) Planeamento, onde se estabelecem prioridades, objetivos e resultados esperados; 4) Implementação, momento de execução das intervenções; e 5) Avaliação, que verifica os resultados obtidos e permite reajustar o plano de cuidados. O processo de enfermagem permite identificar necessidades de saúde, definir diagnósticos ou focos de atenção, estabelecer prioridades e intervir com clareza de objetivos, avaliando continuamente os efeitos da ação prestada.

De acordo com Friedmann (1998), a prática de enfermagem pode ser compreendida em diferentes níveis, definidos pela forma como a enfermeira conceptualiza a família, atua com ela e adota uma determinada filosofia de cuidados.

Partindo desta perspetiva este trabalho adotou o Nível IV – Família como cliente, no qual a família é entendida como um sistema interativo, cuja totalidade transcende a soma das suas partes (Friedman, 1998). O foco da intervenção centra-se nas dinâmicas internas familiares, nas relações entre os seus membros, na estrutura e funcionamento do agregado familiar, bem como na interação dos diversos subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, orientando todo o processo de avaliação e intervenção.

2. Avaliação Familiar

A avaliação familiar não acontece necessariamente de modo desfasado da implementação de intervenções, pois algumas questões têm o intuito de avaliar e simultaneamente propiciar uma mudança, tendo também por isso um caráter interventivo. O próprio facto de questionar algo proporciona à família uma oportunidade para clarificar percepções, crenças, comportamentos, etc. que, de outro modo, poderiam permanecer ocultos e isso também é intervir (Wright & Leahey, 2011).

Apresenta-se, de seguida, a família Constelação e posteriormente a respetiva avaliação realizada a esta família, de acordo com as várias dimensões de avaliação do MCAF, estrutural, de desenvolvimento e funcional, conforme esquema apresentado na figura 1.

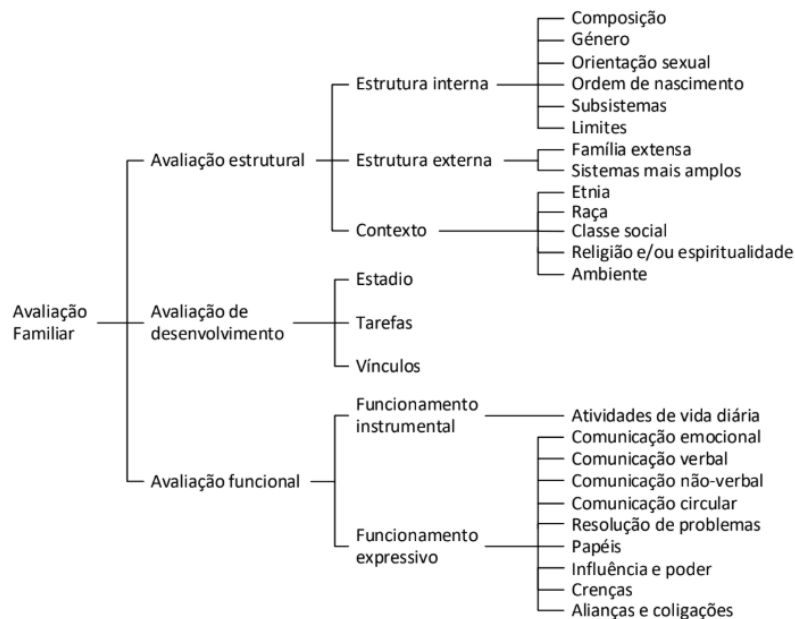


Figura 4- Diagrama de árvore do modelo de avaliação familiar de Calgary

Fonte: adaptado de Shajani & Snell, 2019

2.1 Apresentação do caso clínico

Nome fictício da Família: Família Constelação

Estrutura Familiar: A família Constelação é composta por 3 elementos:

- Pai (Hércules, 26 anos): Emigrou para Angola com a mãe após a separação dos pais, regressando em 2021 para trabalhar com o pai na área da restauração. Nessa altura, trouxe consigo a namorada, Andrómeda, que conheceu em Angola. Há cerca de um ano, o pai faleceu por suicídio, e, desde então, Hércules, enquanto filho mais velho, assumiu a gestão dos negócios familiares até à conclusão do processo de partilha de bens. Atualmente, trabalha por turnos até às 23h, o que limita frequentemente a sua disponibilidade para estar em casa.
- Mãe (Andrómeda, 23 anos): Natural de Angola, emigrou para Portugal há cerca de quatro anos com o seu atual companheiro. Trabalhou na área da restauração, mas o contrato de trabalho não foi renovado durante a gravidez, encontrando-se atualmente desempregada. Não possui rede familiar alargada no distrito.
- Filho (Pégaso, 2 meses): recém-nascido, fruto de gravidez não planeada.

História Familiar e Contexto

A família Constelação reside numa comunidade urbana, na Região Centro de Portugal. A mãe, Andrómeda, muitas vezes sente-se sobrecarregada por ter de cuidar de Pégaso enquanto Hércules trabalha, ao passo que este enfrenta stress devido ao seu trabalho e responsabilidade no restaurante. Referem pouco apoio de família alargada (tios paternos de Hércules). Aquando do nascimento de Pégaso, a mãe de Andrómeda veio apoiar a família algumas semanas, mas teve de regressar à Suíça onde trabalha há cerca de um ano.

A Teoria das Transições de Médio Alcance de Meleis destaca que, ao longo da vida, as pessoas vivenciam diferentes fases de mudança, momentos de instabilidade seguidos de novos equilíbrios, que podem ser provocados por acontecimentos como nascimentos, perdas, alterações no ciclo vital ou mudanças organizacionais (Meleis, 2010). No caso da família Constelação, estas transições são particularmente visíveis: o nascimento recente de um filho representa uma transição desenvolvimental e situacional, com impacto nos papéis parentais, nas rotinas e nas relações conjugais. Simultaneamente, a vivência de lutos recentes, nomeadamente pela morte do pai de Hércules, introduz uma transição accidental, exigindo ajustamento familiar.

Neste **contexto familiar**, observa-se a presença de transições simultâneas e múltiplas, exigindo uma avaliação sensível às condições pessoais, comunitárias e sociais que facilitam ou inibem a adaptação. A falta de tempo para o luto, a sobrecarga com novas responsabilidades profissionais e familiares, podem atuar como fatores inibidores. Importa compreender esta teia de transições para planear intervenções terapêuticas mais ajustadas, promovendo o empoderamento da família, a construção de redes de suporte, e o fortalecimento da sua resiliência face às mudanças vividas. A valorização do ponto de vista da própria família, central nesta teoria, é fundamental para que o cuidado seja verdadeiramente centrado na família e na sua realidade vivida.

2.2- Avaliação estrutural

Para a avaliação da dimensão estrutural da família foi fundamental a construção do genograma e do ecomapa.

Relativamente à Família Constelação e à sua **estrutura interna**, no que concerne à *composição da família, ordem dos nascimentos, género e orientação sexual* e, de acordo com a figura 2, o agregado familiar desta família é composto por um casal que inclui o Hércules, de 26 anos, do sexo masculino e a Andrómeda de 23 anos, do sexo feminino, que mantêm uma relação heterossexual. Desta relação e por uma gravidez não planeada, nasceu o filho Pégasus com dois meses de idade, do sexo masculino. O Pégaso é o utente identificado, na medida em que é o utente designado pela família como aquele que motiva a procura de cuidados de saúde, vigilância no âmbito de saúde infantil, tendo sido neste contexto que tive contacto com a família.

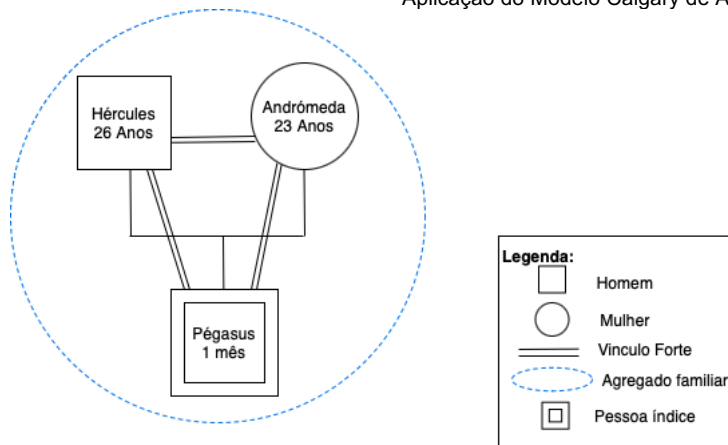


Figura 5- Genograma da Família Constelação- abril/2025

Fonte: autora do trabalho

Subsistemas e Limites:

De acordo com o modelo estrutural de Minuchin, a Família Constelação é constituída por um subsistema conjugal (relação entre o casal), dois subsistemas parentais (relação de cada progenitor com o filho) e pelos respetivos subsistemas individuais. As interações familiares evidenciam limites relativamente difusos, com uma permeabilidade moderada entre os subsistemas. Embora os papéis parentais estejam, em geral, bem definidos, observa-se uma dificuldade em distinguir claramente o papel conjugal do papel parental. Esta sobreposição traduz-se numa absorção quase total da energia relacional do casal pelas responsabilidades parentais, reduzindo significativamente o espaço reservado à intimidade e à comunicação conjugal. Assim, a escassa diferenciação entre os subsistemas compromete o reforço do vínculo afetivo entre os cônjuges, em benefício exclusivo da função parental (Minuchin & Fishman, 1990).

Adicionalmente, a complementaridade existente entre os elementos do casal é vivida com pouca flexibilidade, uma vez que cada membro tende a manter funções estáveis e pouco intercambiáveis. Esta rigidez dificulta a adaptação conjunta às exigências atuais do ciclo vital familiar. A coexistência de limites difusos na estrutura global da família com uma rigidez funcional no subsistema conjugal pode gerar tensão no sistema familiar, favorecendo a sobrecarga individual e contribuindo para o surgimento de disfunções relacionais.

À luz do modelo estrutural de Minuchin, observou-se que a Família Constelação apresenta limites externos rígidos, caracterizados por fraca mobilização de apoio fora do núcleo familiar. Esta configuração dificulta o acesso a redes formais e informais de suporte, limitando a flexibilidade e a capacidade adaptativa face a exigências externas (Minuchin & Fishman, 1990).

Quanto à **estrutura externa** da Família Constelação, demonstrada na figura 3, no que diz respeito à *família extensa*:

Hércules é filho de pais separados, ambos com famílias reconstituídas após a separação. Do lado paterno, o pai de Hércules teve mais dois filhos: Centaurus e Aquila, que residem com as respetivas mães. Do lado materno, a sua mãe teve dois filhos: Lacerta e Boötes, sendo este último adotado. A família de origem de Hércules encontra-se atualmente dispersa geograficamente: a sua mãe, Lacerta e Boötes vivem em Angola; Centaurus reside no Brasil com a sua mãe; e Aquila vive na mesma cidade que Hércules, com a mãe.

Andrômeda provém igualmente de uma estrutura familiar complexa. O seu pai reconstituiu família antes do nascimento de Andrômeda, tendo uma filha mais velha, Lyra. Posteriormente, Andrômeda teve um irmão mais novo, Phoenix, fruto da união dos seus pais, que se separaram recentemente, não tendo voltado a

constituir novas famílias. A maioria da família de origem de Andrómeda reside em Angola, com exceção da mãe, que emigrou para a Suíça há cerca de um ano após o divórcio com Perseus. A sua irmã Lyra residia no Porto com o seu filho Lynx, até ao seu falecimento em 2025.

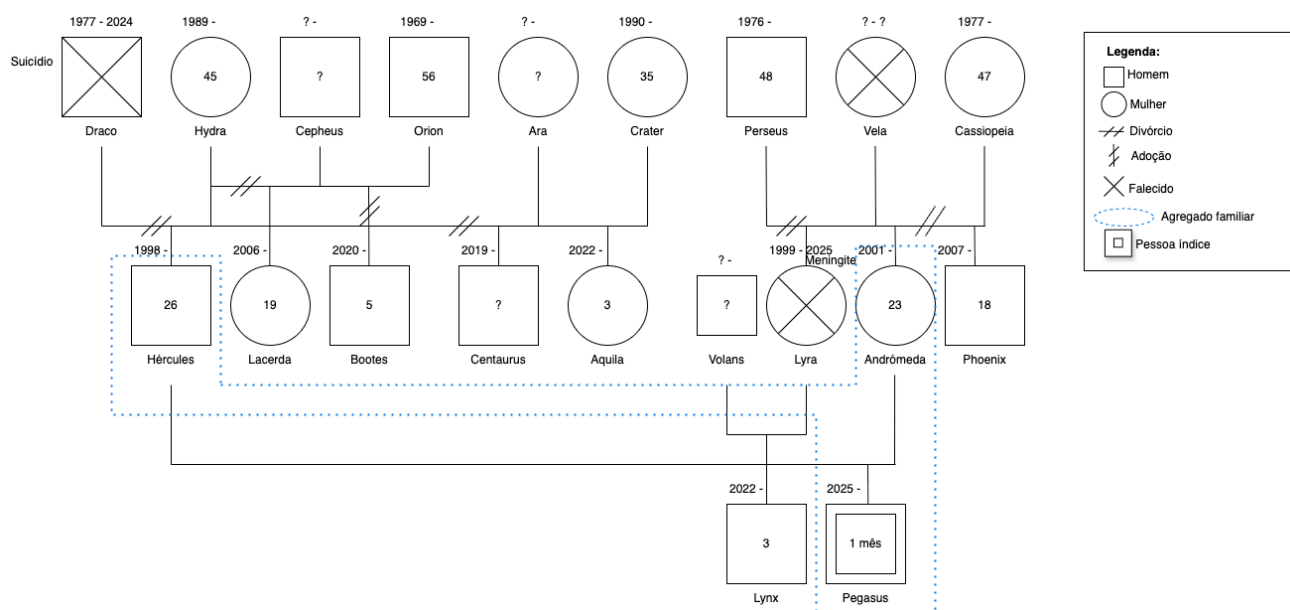


Figura 6 - Genograma da Família alargada – abril/2025

Fonte: autora do trabalho

Sistemas mais amplos:

Como evidencia o ecomapa da figura 4, a família estabelece uma ligação com a família alargada, nomeadamente com os tios de Hércules. A relação de Andrómeda com a sua família de origem é mais distante e marcada por algum conflito. No entanto, aquando do nascimento de Pégasus, a mãe de Andrómeda deslocou-se temporariamente de propósito da Suíça, onde reside e trabalha há cerca de um ano, para prestar apoio à filha e à nova família, tendo regressado após algumas semanas. Para além destes vínculos, cada membro do agregado familiar estabelece interações, individualmente ou em conjunto, com outros sistemas suprasistémicos, inserindo-se em diferentes dimensões do mesossistema, conforme o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Hércules mantém uma ligação forte com o seu local de trabalho, sendo uma força para ele, assim como o ginásio que frequenta. Andrómeda, por sua vez, é apoiada pela Unidade de Saúde Familiar (USF), bem como por amigas, antigas colegas de trabalho. O recém-nascido Pégasus encontra-se igualmente apoiado pelo sistema de saúde, através do acompanhamento na USF, e é centro das atenções e cuidados da díade parental.

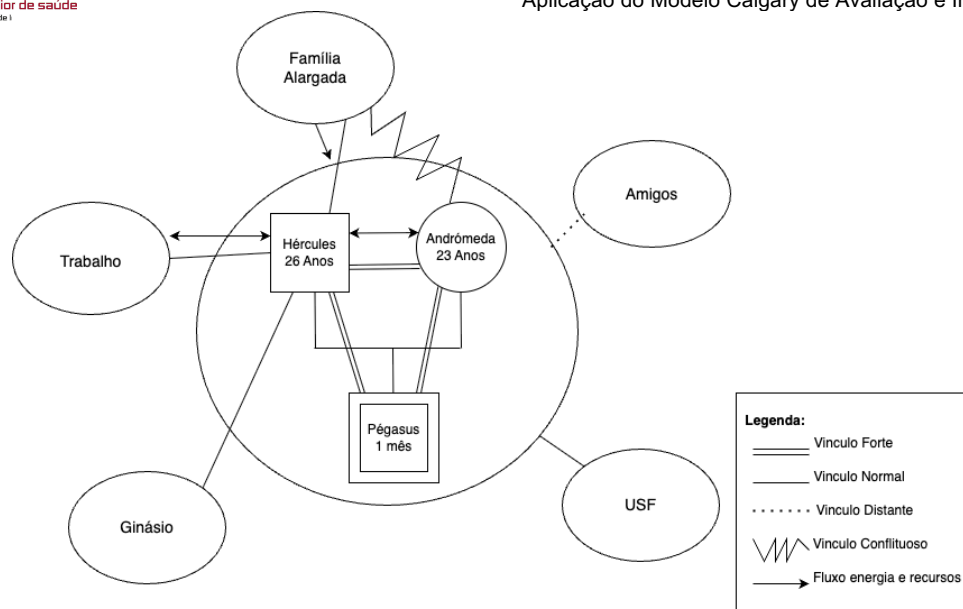


Figura 7- Ecomapa da Família Constelação- abril/2025

Fonte: autora do trabalho

No que respeita à avaliação do **contexto familiar**, esta visa identificar dimensões como etnia, raça e classe social. Hércules é de etnia caucasiana e natural de Portugal. Andrômeda, por sua vez, é natural de Angola e de ascendência mista afro-europeia. Ambos referem partilhar valores comuns à cultura portuguesa. De acordo com a Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger, é essencial compreender as influências culturais nas experiências de parentalidade e nas dinâmicas familiares, valorizando tanto os aspetos universais como os específicos de cada cultura (MacFarland, et al, 2019). A ascendência mista de Andrômeda e a forma como o casal adota e integra práticas culturais diferentes refletem uma realidade multicultural, que exige sensibilidade e competência cultural por parte dos profissionais de saúde. Leininger destaca a importância de prestar cuidados culturalmente congruentes, ou seja, cuidados que respeitem os valores, crenças e práticas culturais das pessoas, tornando-os mais eficazes e significativos (MacFarland, et al, 2019). Neste caso, a multiculturalidade é visível não apenas na origem do casal, mas também nas suas vivências atuais. Foi identificada esta diferenciação cultural quando Andrômeda expressou sentir-se isolada em casa com o recém-nascido, referindo que, no seu país de origem, as pessoas convivem mais frequentemente fora de casa. Revelou o desejo de, assim que o bebé crescer, poder retomar essas interações sociais, como ir ao jardim ou ao café. Esta partilha evidencia a importância de considerar as referências culturais na planificação dos cuidados, promovendo o bem-estar, a inclusão e o empoderamento da família.

A aplicação da teoria transcultural de Leininger na Enfermagem de Saúde Familiar implica compreender que a multiculturalidade vai além do simples conhecimento das diferenças. Requer dos enfermeiros competências específicas para prestar cuidados culturalmente adequados, evitando o etnocentrismo e promovendo a humanização dos cuidados. Esta abordagem fortalece a relação terapêutica, melhora a adesão aos cuidados e contribui para melhores resultados em saúde, sendo especialmente relevante em contextos familiares com múltiplas influências culturais, como é o caso da família em questão.

Segundo a escala de Graffar adaptada, a família situa-se na classe III – classe social média, com uma pontuação total de 15 pontos (figura 4). A Escala de Graffar adaptada é usada para avaliar a classe social sendo fundamental para compreender os recursos e fatores de stresse familiares relacionados a aspetos

económicos, educacionais, profissionais e residenciais, considerando critérios como tipo de habitação (Figueiredo, 2012).

Processo Familiar

Morada **Telefone**

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	N°	Ano Ant.	Rest.
						10	2	8
						17	8	6
						9	0	0

Habitação **Graffar** **C.Duvall** **Tipo de Família** **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

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

Classe Social
MÉDIA

Figura 8 - Aplicação da escala Graffar à família Constelação

Fonte: SClínico

Religião e Espiritualidade:

Trata-se de uma família católica, foram batizados e referem ser “não praticantes”.

Ambiente:

A família reside num apartamento de tipologia T3, inserido num prédio com elevador. A habitação apresenta boas condições de higiene e habitabilidade, dispondo de ar condicionado, abastecimento de água da rede pública e ligação à rede de saneamento básico. Em termos de envolvente comunitária, a família encontra-se numa zona urbana com acessos facilitados a transportes públicos, estabelecimentos de ensino, serviços de saúde e espaços de lazer, conforme ilustrado na Figura 5. Foi proposta a realização de visita domiciliária no âmbito do acompanhamento ao recém-nascido e à puérpera, no entanto, a família optou por não aceitar essa intervenção. A decisão foi respeitada, em consonância com os princípios éticos da autonomia e do respeito pelas escolhas informadas da família. Considerou-se que, não existindo sinais de risco iminente nem fragilidades socioambientais identificadas, a recusa da visita não comprometeria a segurança ou o bem-estar do recém-nascido e da mãe, mantendo-se a vigilância e acompanhamento por via das consultas presenciais na unidade de saúde.

Processo Familiar

RSE AI

Março 31 | Notas | Alergias | Vigil. | Proc. CL | Vacinas | RSE AP | Ajuda | Gravar | Sair

Morada: _____ Telefone: _____

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
		27 anos	PRIMEIRO TITULAR			10	2	8
		23 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR			17	8	6
		2M 17D	PRIMEIRO FILHO			8	0	0

Habitação: Graffar | C.Duvall | Tipo de Família | Risco Familiar Garcia-Gonzalez | Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: 28-05-2025

Tipo de alojamento
 Alojamento móvel
Apartamento
 Barraca/casebre
 Desconhecido
 Hotel/pensão
 Instituição
 Moradia
 Outro
 Quarto/parte de casa
 Sem alojamento

Regime de ocupação
Arrendada
 Cedida
 Desconhecido
 Outro
 Própria

Tipologia
 Desconhecido
 Não aplicável
 T0
 T1
T2
 T3 ou mais

Salubridade da zona residencial
 Desconhecida
 Insalubre
Salubre

Estado geral de conservação
 Bom
 Desconhecido
 Mau
Razoável

Conforto
Bom
 Desconhecido
 Mau
 Razoável

Mobiliário e equipamento básico
 Desconhecido
 Insuficiente
Suficiente

Casa de banho
 Desconhecida
 Fora do alojamento
 Inexistente
No alojamento

Aquecimento
Central
 Desconhecido
 Local
 Nenhum

Higiene
Boa
 Desconhecida
 Má
 Razoável

Electricidade
 Desconhecido
 Não
Sim

Barreiras arquitectónicas
 Desconhecido
 Não
Sim

Água
 Desconhecido
 Não
Sim

Distribuição
 Desconhecido
 Fontenário a + de 100m de casa
 Fontenário a - de 100m de casa
 Fora do alojamento
No alojamento

Origem
 Desconhecida
Particular
 Rede pública

Figura 9 - Condições habitação da família Constelação

Fonte: SClínico

2.3 - Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento da família pretende identificar o desenvolvimento do ciclo vital da família, as tarefas específicas e os vínculos estabelecidos entre os membros.

2.3.1 Estádios

Existem diversos modelos compreensivos do ciclo vital da família, no entanto, optou-se pelo modelo de Duvall e Miller (1985) por ser o utilizado no sistema de informação clínico SClínico, apresentado na figura 7, facilitando a uniformização da linguagem e o enquadramento das intervenções em enfermagem. De acordo com este modelo, a família Constelação encontra-se na fase II – "Famílias com filhos pequenos", pelo nascimento recente do primeiro filho, Pégaso. Esta etapa estende-se desde o nascimento do primeiro filho até ao seu ingresso na escolaridade, e implica desafios específicos como a reorganização dos papéis familiares, o desenvolvimento de competências parentais, o equilíbrio entre as exigências laborais e os cuidados à criança, bem como o reforço do vínculo entre os membros da díade parental. O ciclo de vida da família é fortemente marcado pela parentalidade. Há origem a novos graus de parentesco, novos subsistemas e papéis, tanto na família nuclear como na família alargada, e reconfigura as fronteiras familiares. É frequente haver uma aproximação com a família de origem e um afastamento social (Andrade, 2023). A adaptação eficaz a esta fase é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança e para a coesão da estrutura familiar. A coparentalidade é a relação que se deseja que seja estabelecida entre os pais no desempenho do papel, e envolve a articulação concertada entre este, no processo de cuidar do filho. A autoeficácia parental relativamente ao exercício do papel é decisiva no desenvolvimento saudável da criança, e está associado a maior satisfação conjugal e a um funcionamento familiar positivo (Andrade, 2023).

Processo Familiar

Marcao Notas Alergias Vigil Proc.Cli Vacinas RSE AP Ajuda Gravar Sair

Morada _____ Telefone _____

Nome	Data Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
		27 anos	PRIMEIRO TITULAR			10	2	8
		23 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR			17	8	6
		2M 17D	PRIMEIRO FILHO			8	0	0

Habitação: _____ Graffar: _____ C.Duvall: _____ Tipo de Família: _____ Risco Familiar Garcia-Gonzalez: _____ Risco Familiar Segovia Dreyer: _____

☐ I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
☒ II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos)
☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
☐ IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos)
☐ V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)
☐ VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")
☐ VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
☐ VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

Figura 10 - Ciclo Vital da família Constelação

Fonte: SClinico

2.3.2 Tarefas

Para Relvas (2000), o ciclo vital é uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, que se relacionam com as características individuais dos elementos que a compõem, e com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema - família. Afirma ainda que a fronteira entre as várias etapas não é rígida, ou seja, as tarefas desenvolvimentais de cada uma não cessam no exato momento em que se inicia a seguinte.

Na fase do ciclo vital em análise, correspondente à constituição da família com filhos pequenos, destacam-se diversas tarefas de desenvolvimento, que refletem as transformações exigidas ao sistema familiar:

- Abertura do sistema ao exterior, traduzida no reforço da comunicação com as famílias de origem e com o meio envolvente, promovendo uma rede de suporte alargada. Realinhamento das relações com as famílias extensas, sem comprometer a autonomia do novo núcleo.
- Estabelecimento de novas regras, adequadas à nova configuração familiar e às exigências decorrentes da parentalidade.
- Constituição dos subsistemas parental e filial, exigindo um processo de diferenciação clara entre os papéis do casal enquanto parceiros e enquanto pais. Reajuste do sistema conjugal, que deve acomodar o novo papel parental, promovendo a união e a corresponsabilização dos cônjuges na educação dos filhos, na realização das tarefas domésticas e na gestão das finanças familiares.
- No subsistema parental, salientam-se funções essenciais como a educação e proteção dos filhos, o que implica uma articulação eficaz entre os membros do casal, bem como a transição de relações diáticas (casal) para relações triádicas (pai, mãe e filho), incluindo também a gestão das relações com os avós e outros elementos da família alargada.

Verifica-se uma limitação na abertura do sistema familiar ao exterior na família Constelação, com dificuldades na promoção de uma rede de suporte, tanto com as famílias de origem como com a comunidade envolvente. O casal tende a internalizar todas as responsabilidades, concentrando a gestão emocional, parental e doméstica exclusivamente no seio familiar. Esta configuração pode ser compreendida à luz do contexto relacional e geográfico da família: os avós residem em Angola, com exceção da mãe de Andrómeda que vive na Suíça, o que dificulta o apoio. Apesar de existirem familiares paternos próximos, tios de Hércules, a relação com estes não é próxima, limitando-se o apoio ao âmbito da gestão do negócio do pai de Hércules, entretanto falecido. Esta ausência de suporte familiar alargado contribui para o aumento da sobrecarga dos elementos do casal, sobretudo da mãe. Importa ainda referir que, no momento do nascimento de Pégasus, a mãe de Andrómeda deslocou-se temporariamente da Suíça para prestar apoio presencial, regressando ao país de residência passadas algumas semanas, não se mantendo como recurso de suporte contínuo.

Apesar de existir partilha das tarefas domésticas e parentais, observa-se uma desigualdade funcional nas exigências do quotidiano: o pai (Hércules), devido à sua atividade laboral fora de casa, está ausente durante grande parte do dia, o que faz com que a mãe (Andrómeda) acumule múltiplas tarefas simultâneas, cuidados ao recém-nascido, gestão da casa sem momentos regulares de alívio ou apoio externo. Esta centralização de tarefas traz sobrecarga emocional e física, manifestado pela fadiga persistente. Para além disso, o sistema conjugal mostra-se em fase de reorganização, mas ainda sem fronteiras claras entre o papel de casal e o papel de pais, o que pode dificultar momentos de reconexão íntima ou de tempo partilhado para além da parentalidade, manifestada por Andrómeda quando refere sentir-se isolada em casa com o recém-nascido, e o desejo de, assim que o bebé crescer, poder retomar as interações sociais.

A família Constelação demonstra capacidade de adaptação às principais transições normativas do ciclo vital familiar, como o início da vida conjugal e o nascimento do primeiro filho, reorganizando-se funcionalmente face às exigências destas etapas. Paralelamente, foi confrontada com transições acidentais marcantes, como a morte súbita do pai de Hércules por suicídio, que exigiu uma reorganização prática imediata. A resposta da família revelou resiliência e competência adaptativa, embora com forte recurso à autogestão e escassa mobilização de apoios externos ou formais.

A tendência para gerir autonomamente estas exigências, sem recurso à família alargada ou a redes de suporte comunitário, acentua a sobrecarga individual, particularmente sobre Andrómeda. A ausência de delegação de tarefas e a reticência em solicitar ajuda poderão estar associadas a padrões de elevada autoexigência e à perceção de que pedir apoio constitui sinal de fraqueza, manifestado por “poderão depois cobrar o apoio”. Esta configuração poderá comprometer o ajustamento saudável ao ciclo de vida familiar, sobretudo no contexto da parentalidade recente. Tal como refere Relvas (2000), a adaptação funcional exige reorganização de papéis e abertura à rede social e familiar. Neste sentido, intervenções de enfermagem centradas na validação emocional, reorganização das funções familiares e ativação de recursos de suporte tornam-se essenciais para promover uma transição mais equilibrada e sustentável.

2.3.3 Vínculos

A família apresenta vínculos afetivos fortes no sistema nuclear, evidenciando-se uma relação forte entre o casal e um compromisso claro com as responsabilidades parentais, evidenciado pelo envolvimento de ambos nos cuidados com o filho e com vínculo forte com a criança, apesar dos desafios vivenciados. A parentalidade recente parece ter reforçado a coesão entre Andrómeda e Hércules, que procuram partilhar as tarefas domésticas e os cuidados com Pégasus.

Em relação à família alargada, os vínculos são mais distantes e esporádicos. A ausência de suporte contínuo dos avós (residência em Angola e Suíça) e a fraca ligação com os familiares paternos próximos (tios de Hércules) revela uma fragilidade nos laços intergeracionais e de pertença. O falecimento recente do pai de Hércules reforçou o isolamento do casal, acentuando a tendência de fecho do sistema familiar em torno de si próprio, característica de um funcionamento centrípeto (Alarcão, 2000).

Esta configuração pode dificultar a abertura à comunidade e o recurso a redes formais ou informais de apoio. Apesar disso, a existência de afeto, compromisso parental e intenção de corresponsabilização indica a presença de vínculos funcionais e potencialmente fortalecedores, que podem ser promovidos através de intervenções centradas na validação emocional, reorganização de papéis e ativação de redes de suporte.

2.4. Avaliação funcional

2.4.1. Instrumental

O funcionamento instrumental da família refere-se às atividades de vida diárias, como a manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura corporal, mobilização, trabalho, lazer, expressão da sexualidade, sono, repouso e morte (Wright & Leahey, 2011). No caso da família Constelação, observa-se um funcionamento globalmente satisfatório, com as atividades essenciais asseguradas, embora com assimetria na distribuição das responsabilidades.

A mãe, Andrómeda, assume a maior parte das tarefas domésticas e dos cuidados ao recém-nascido, incluindo a alimentação, higiene, sono e segurança do bebé, bem como a organização do lar. Apesar disso, refere envolvimento e colaboração por parte de Hércules nos períodos em que se encontra disponível, demonstrando atenção e participação nos cuidados à família. Pégaso, enquanto lactente, encontra-se naturalmente num estado de total dependência dos pais, sendo todas as suas necessidades asseguradas com diligência e cuidado.

Não foram identificadas dificuldades relevantes nos domínios da alimentação, higiene ou segurança. Contudo, é evidente a sobrecarga funcional e emocional da mãe, com pouco espaço para autocuidado, descanso reparador ou tempo individual. Dimensões como o lazer em casal, o tempo a sós e a expressão da sexualidade encontram-se secundarizadas, refletindo um funcionamento centrado na resposta imediata às exigências da parentalidade, como expectável, mas poderá evoluir para exaustão, caso a situação se prolongue.

O luto implica um processo de adaptação perante a perda de um membro significativo. No caso da família Constelação, a morte do pai de Hércules, por suicídio, e da irmã de Andrómeda, por meningite, representaram eventos com profundo impacto emocional e simbólico. Estas perdas, embora ocorridas em momentos distintos, marcaram um processo de reorganização relacional e funcional dentro da família, sendo vivenciadas de forma reservada e com tendência à não exteriorização da dor. A gestão do luto parece ter sido integrada de forma funcional no sistema. Para apoiar a avaliação, foi utilizada a escala de luto prolongado PLG (PG-13), recomendada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) que permite a identificação de risco para Perturbação de Luto Prolongado (PLP), com base em cinco critérios clínicos: ansiedade de separação, persistência dos sintomas, sintomatologia afetiva-cognitiva-comportamental, e perturbação do funcionamento ocupacional/social.

No caso de Andrómeda, observou-se uma vivência de luto marcada por ansiedade de separação intensa (respostas 5 em ambas as questões), indicando forte apego à figura perdida. Foi ainda identificada persistência dos sintomas para além de seis meses e uma perturbação significativa do funcionamento ocupacional e social.

Apesar disso, a sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental não preencheu o critério quantitativo necessário (apenas um item com pontuação 5), inviabilizando o diagnóstico formal de PLP.

Por sua vez, Hércules revelou um processo de luto mais contido, apresentando pontuações de 3 nas dimensões de ansiedade de separação e apenas dois itens com pontuação 4 na dimensão afetiva-comportamental. Apesar de também se confirmar a persistência dos sintomas, não se verificou perturbação do funcionamento, pelo que não cumpre os critérios de PLP nem apresenta risco elevado neste momento.

Esta avaliação evidencia, no sistema familiar, diferentes trajetórias de luto, com impacto no funcionamento conjugal e parental. A compreensão destas diferenças, no âmbito da dimensão afetiva e funcional do MCIF, permite orientar intervenções diferenciadas e sustentadas no modelo sistémico colaborativo, promovendo a coesão e a resiliência familiar no processo de reorganização após a perda.

Adicionalmente, a ausência de carta de condução por parte de Andrómeda acentua a sua dependência de Hércules para qualquer deslocação externa, como consultas, compras ou necessidades do quotidiano, limitando significativamente a sua autonomia funcional. Esta condição agrava a sensação de isolamento e intensifica a exigência prática sobre o casal, não existindo, de momento, outro elemento familiar ou rede de apoio que desempenhe esse papel.

2.4.2. Expressivo

Comunicação emocional:

Relativamente ao modo como o casal expressa as suas emoções, pode dizer-se que existe disponibilidade para o diálogo e partilha afetiva, nomeadamente no que respeita às tarefas do quotidiano e às necessidades do recém-nascido. No entanto, observa-se uma comunicação essencialmente focalizada nas funções parentais e organizacionais, com menor espaço para a expressão das emoções mais profundas, como a tristeza associada ao luto, o cansaço acumulado ou sentimentos de frustração. Nomeadamente Andrómeda manifestou dificuldade de comunicar emoções com Hércules evitando alguns temas por desvalorização do companheiro.

Comunicação verbal:

No que respeita à comunicação verbal, esta é eficaz, o casal demonstra uma interação funcional, com trocas frequentes e eficazes no que diz respeito à gestão das rotinas diárias, aos cuidados com o filho e à organização da vida doméstica. O discurso é claro, compreensível e ajustado ao contexto, com boa capacidade de negociação em relação às tarefas partilhadas. Contudo, observa-se que a comunicação verbal se encontra centrada em aspetos práticos e funcionais, sendo menos utilizada para a expressão de sentimentos, expectativas ou necessidades emocionais mais profundas.

Comunicação circular:

No que diz respeito à comunicação circular, observa-se que o casal mantém uma dinâmica relacional pautada por trocas previsíveis e complementares, onde os comportamentos e reações de um elemento geram respostas no outro, num ciclo contínuo de influência mútua. Hércules mostra-se colaborante nas tarefas quando está presente, tentando compensar a sua ausência no horário laboral. No entanto, raramente verbaliza reconhecimento pelo esforço de Andrómeda. Esta, ao não se sentir emocionalmente valorizada, tende a retrain-se, evitando expressar o seu desconforto de forma direta. Esta retração, por sua vez, é interpretada por Hércules como ausência de necessidade de apoio ou validação, perpetuando a sua atitude de distanciamento emocional. Esta dinâmica circular, assente na falta de reconhecimento e na retração afetiva, dificulta a empatia mútua e impede a construção de uma comunicação conjugal mais sensível e responsiva. Apesar das dificuldades, sempre que Andrómeda verbaliza de forma direta que precisa de ajuda

concreta (ex: “preciso que fiques com o bebé enquanto tomo banho”), Hércules responde com disponibilidade. Este padrão de comunicação clara e prática reforça a cooperação e pode ser um ponto de partida para treinar novas formas de diálogo mais emocional e reconhecedora.

Crenças:

A família Constelação identifica-se culturalmente com a religião católica, no entanto, consideram-se não praticantes, não participando em rituais religiosos nem integrando ativamente a vida da comunidade eclesial. A vivência da fé assume, assim, um carácter mais simbólico e identitário do que espiritual ou ritualizado.

Relativamente às crenças de saúde, a família valoriza o bem-estar físico e emocional, adotando uma postura de promoção da saúde e prevenção da doença no quotidiano. Embora nenhum dos membros apresente atualmente problemas de saúde, a família demonstra confiança nas instituições e nos profissionais de saúde, evidenciando uma relação de colaboração e respeito, o que se configura como um facilitador no estabelecimento de uma relação terapêutica. Realizam as consultas de vigilância na unidade de saúde, tanto no âmbito de planeamento familiar e saúde materna com Andrómeda, como na vigilância de saúde infantil de Pégaso.

Influência e Poder:

Na família Constelação, apesar de as decisões serem partilhadas entre o casal, especialmente no que diz respeito aos cuidados com o filho e à organização do dia a dia, observa-se que Hércules assume uma posição de maior influência no funcionamento familiar. O facto de ser o único a trabalhar fora de casa, de ter carta de condução e de estar a gerir o negócio herdado do pai confere-lhe maior autonomia e controlo sobre os recursos.

Já Andrómeda, embora tenha um papel ativo e essencial na dinâmica familiar, está muito dependente de Hércules para deslocações e para a resolução de questões práticas. A sua influência está mais centrada nas rotinas da casa e nos cuidados ao bebé, tarefas que assume quase em exclusivo, o que acentua o cansaço e a falta de tempo para si própria.

Solução de Problemas:

A família Constelação revela uma forte orientação para a resolução de problemas dentro do núcleo familiar, assumindo de forma autónoma a gestão das dificuldades que vão surgindo. Esta abordagem ficou particularmente evidente aquando do falecimento do avô paterno de Pégaso, sendo o casal responsável pela reestruturação e continuidade do negócio familiar. Este processo exigiu uma reorganização interna e um elevado nível de compromisso por parte do casal, que, apesar da exigência emocional e prática, conseguiu encontrar soluções funcionais.

A resolução de problemas é maioritariamente centrada no casal, com base numa comunicação direta e prática, focada na operacionalização das tarefas e na gestão das rotinas. No entanto, esta dinâmica, embora eficaz a curto prazo, não contempla a expressão aprofundada de emoções ou a procura de suporte externo, o que pode, a médio prazo, contribuir para sobrecarga emocional. A ausência de envolvimento da família alargada, motivada pela distância geográfica e pela fragilidade dos vínculos, reduz o acesso a fontes externas de apoio, mantendo o sistema familiar centrado em si próprio, num funcionamento predominantemente centrípeto, auto-organizado e autossuficiente.

Papéis:

Os papéis familiares da família Constelação revelam-se complementares, mas marcadamente assimétricos, refletindo tanto a fase do ciclo vital em que o sistema se encontra (família com filho pequeno), como os recursos disponíveis e os padrões relacionais construídos ao longo do tempo. Andrómeda assume múltiplos

papéis de forma simultânea: cuidadora principal e organizadora doméstica. Esta multiplicidade de funções, não partilhada com outros elementos externos, configura um papel rígido e pouco reversível, o que representa um risco de desgaste a médio prazo.

Por sua vez, Hércules concentra-se no papel de provedor e gestor do negócio familiar, assumido após o falecimento do pai. Este papel, embora necessário e assumido com responsabilidade, reforça a distribuição tradicional de género e contribui para a diminuição da presença prática nas rotinas do lar. A complementaridade entre os membros do casal existe, mas é vivida com pouca flexibilidade, tornando os papéis parentais e conjugais pouco intercambiáveis.

A inexistência de apoio da família alargada reforça a rigidez da organização interna, impedindo a redistribuição de tarefas e mantendo o sistema num funcionamento centrípeto, o que pode dificultar o ajustamento familiar perante novas exigências ou situações de maior complexidade.

Alianças e Uniões:

Na família Constelação, destaca-se uma aliança sólida entre o casal, sustentada por cooperação nas decisões do quotidiano e um compromisso mútuo com a parentalidade. A união conjugal revela-se funcional, orientada para o bem-estar do filho recém-nascido. Os vínculos parecem marcados por uma elevada autoexigência, em que pedir ajuda pode ser percebido como sinal de fraqueza ou falha no desempenho dos papéis parentais ou conjugais.

Para complementar a avaliação da funcionalidade familiar, foi aplicado o APGAR familiar de Smilkstein (Figueiredo et al., 2023c). Esta escala permite avaliar a perceção de cada um dos membros da família sobre a funcionalidade familiar, indicando se a família constitui (presumivelmente) ou não um recurso para cada elemento. No caso da Família Constelação, os resultados revelaram perceções distintas entre os membros do casal: Andrómeda obteve um score de 6 pontos, indicando uma perceção de funcionalidade familiar moderadamente disfuncional, enquanto Hércules obteve um score de 7 pontos, refletindo uma perceção de funcionalidade familiar altamente funcional.

Esta discrepância reforça a importância de considerar as experiências subjetivas de cada membro da família no planeamento de intervenções, que podem ser vivenciadas de forma desigual no seio do sistema familiar. Enquanto Hércules apresenta uma perceção mais positiva e funcional da família, Andrómeda manifesta sinais de insatisfação e menor apoio sentido, o que pode indicar um desequilíbrio na distribuição das cargas emocionais e práticas do quotidiano familiar. Estas divergências sugerem que, apesar de uma estrutura familiar globalmente funcional, existem dinâmicas internas assimétricas que exigem atenção.

Além disso, pela necessidade de aprofundar e fundamentar a avaliação familiar, optou-se pelo recurso à segunda versão da escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (Family adaptability and cohesion evaluation scale, FACES II), desenvolvida por Olson, Bell e Portner, e com versão portuguesa por Fernandes (1995), (Figueiredo et al., 2023d). Instrumento que permite avaliar as dinâmicas relacionais intrafamiliares, com foco na ligação emocional entre os membros (coesão) e na capacidade de adaptação às exigências do contexto (adaptabilidade). Participaram na aplicação os elementos do subsistema conjugal da Família Constelação (Andrómeda e Hércules). Os resultados obtidos na dimensão Coesão estão representados no Quadro 1:

Quadro 3- Aplicação da escala de Faces II à família Constelação: Coesão

Dimensão	Subdimensões	Pontuação Andrómeda	Pontuação Hércules
Coesão	Laço Emocional	4	5
Coesão	Limites familiares	5	4
Coesão	Espaço	5	5
Coesão	Tempo	3	1
Coesão	Coligações	3	3
Coesão	Amigos	5	5
Coesão	Decisões	1	4
Coesão	Interesses e Lazer	4	4
Coesão	Laço Emocional	1	2
Coesão	Limites familiares	2	5
Coesão	Decisões	4	3
Coesão	Tempo	4	4
Coesão	Espaço	5	5
Coesão	Amigos	3	4
Coesão	Coligações	5	5
Coesão	Interesses e Lazer	4	3
		58	62

Ambos os elementos revelam percepções distintas da coesão familiar. Andrómeda identifica uma coesão separada, o que sugere uma vivência emocional mais distanciada, menor partilha de tempo e atividades com os restantes membros e menor envolvimento afetivo nas dinâmicas familiares. Esta percepção poderá estar associada a sentimentos de desgaste e afastamento emocional, previamente verbalizados. Já Hércules perceciona uma coesão ligada, atribuindo maior valor à ligação emocional e à participação conjunta nas decisões familiares, revelando uma visão mais positiva da proximidade e apoio mútuo. Esta discrepância nas percepções pode refletir um desajuste nas expetativas relacionais do casal, que justifica a necessidade de intervenções promotoras da reconexão afetiva e da empatia mútua.

Os resultados obtidos na dimensão Adaptabilidade estão representados no Quadro 2:

Quadro 4- Aplicação da escala de Faces II à família Constelação: Adaptabilidade

Dimensão	Subdimensão	Pontuação Andrómeda	Pontuação Hércules
Adaptabilidade	Imposição	5	5
Adaptabilidade	Liderança	5	5
Adaptabilidade	Disciplina	3	3
Adaptabilidade	Negociação	3	4
Adaptabilidade	Papéis	2	4

Dimensão (continuação)	Subdimensão	Pontuação Andrómeda	Pontuação Hércules
Adaptabilidade	Regras	1	1
Adaptabilidade	Imposição	5	5
Adaptabilidade	Liderança	3	3
Adaptabilidade	Disciplina	5	3
Adaptabilidade	Negociação	5	4
Adaptabilidade	Papéis	5	4
Adaptabilidade	Regras	5	3
Adaptabilidade	Negociação	3	3
Adaptabilidade	Imposição	5	4
		55	51

No domínio da adaptabilidade, observa-se que Andrómeda atribui à família um nível de adaptabilidade muito elevado, considerando-a bastante flexível e capaz de se ajustar às exigências do quotidiano com facilidade. Já Hércules classifica a família como flexível, revelando também uma percepção positiva, embora ligeiramente menos acentuada. Esta diferença pode refletir o papel mais ativo de Andrómeda na gestão diária das rotinas e desafios familiares. Apesar disso, ambos apresentam pontuações reduzidas em subdimensões como “papéis” e “regras”, sugerindo alguma rigidez ou ambiguidade na definição de responsabilidades, particularmente no que diz respeito à diferenciação entre os papéis parentais e conjugais. Tal cenário reforça a importância de clarificar funções no seio da família, promovendo uma maior partilha de responsabilidades e equidade nas tarefas.

Quadro 5- Interpretação do resultado da Escala FACES II à família Constelação

	Coesão (C)		Adaptabilidade (A)		(C+A) / 2	Tipo Família
Andrómeda	58	Separada	55	Muito flexível	56,5	Equilibrada
Hércules	62	Ligada	51	Flexível	56,5	Equilibrada

Ambos os elementos classificam o funcionamento familiar como equilibrado, revelando uma percepção partilhada de que a família mantém um grau satisfatório de coesão e adaptabilidade. Esta classificação indica que, apesar das fragilidades identificadas em subdimensões específicas, como o tempo partilhado ou a definição de papéis, a família evidencia um funcionamento globalmente saudável, caracterizado por vínculos afetivos estáveis e uma razoável capacidade de ajustamento às exigências e transições do quotidiano. Esta percepção é coerente com os dados recolhidos durante a entrevista familiar sistémica.

O reconhecimento mútuo deste equilíbrio constitui um recurso valioso, que pode ser mobilizado no processo de intervenção, servindo como ponto de partida para reforçar competências já existentes e promover mudanças sustentadas nas áreas de maior vulnerabilidade. Nesta lógica, a percepção de equilíbrio familiar oferece uma oportunidade para integrar a teoria do Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças (Gottlieb, 2016), a qual valoriza as capacidades, recursos e competências previamente desenvolvidas pelas famílias, promovendo o seu envolvimento ativo no processo de cuidados.

Em contraste com modelos centrados nos défices, a abordagem baseada nas forças propõe que o enfermeiro especialista identifique, reforce e amplifique as potencialidades da família, estimulando a sua resiliência e autonomia. Este paradigma revela-se particularmente pertinente em contextos onde, como no caso da Família Constelação, coexistem desafios e recursos promissores. Cuidar com base nas Forças implica, assim, reconhecer o que está a funcionar, cultivar a esperança e co-construir, em parceria com a família, percursos significativos de mudança, crescimento e bem-estar (Gottlieb, 2016).

Para complementar a avaliação da situação familiar e compreender o impacto dos acontecimentos de vida recentes, foi aplicada a Escala de readaptação social de Holmes & Rahe que mede eventos vitais, baseando-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde. O resultado da escala é a probabilidade de vir a ter problemas de saúde (Figueiredo et al., 2023e). A pontuação obtida pela família foi de 355 pontos, figura 8, o que, segundo os autores, se associa a uma probabilidade superior a 80% de desenvolvimento de problemas de saúde nos próximos meses, caso não existam mecanismos eficazes de coping e apoio. Este resultado reforça a necessidade de uma intervenção precoce e orientada para o fortalecimento dos recursos familiares, promovendo a resiliência e minimizando os efeitos adversos do stresse acumulado no sistema familiar.

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 n.º 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 11- Aplicação da escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe à família Constelação

Fonte: (Figueiredo et al., 2023e)

3 - Intervenção familiar

O plano de cuidados apresentado é uma proposta de intervenção à família Constelação, com base no MCIF. Segundo Wright e Leahey (2011), este modelo orienta os profissionais de saúde na construção de intervenções específicas ao associar áreas do funcionamento familiar a estratégias de apoio. Centrado nos pontos fortes da família e na sua capacidade de adaptação, o MCIF complementa o processo de avaliação anteriormente realizado com o MCAF.

O MCIF organiza o funcionamento familiar em três áreas principais: o domínio cognitivo, relacionado com pensamentos, crenças e significados; o domínio afetivo, que diz respeito às emoções e vínculos; e o domínio comportamental, que envolve ações, rotinas e interações do quotidiano. Embora as intervenções possam ser desenhadas para um domínio específico, a sua aplicação tende a influenciar os restantes, dada a interdependência entre estas dimensões.

A enfermagem de saúde familiar, ao planear os cuidados, deve respeitar as prioridades estabelecidas pela própria família, reconhecendo que, por vezes, estas podem não coincidir com a perspetiva profissional. Como defendem Friedman (1998) e Hanson (2005), o enfermeiro atua como parceiro e facilitador, promovendo escolhas esclarecidas e o envolvimento ativo da família na definição das intervenções. Este processo exige sensibilidade, respeito pelo tempo e pelas necessidades da família, e abertura à participação de outros profissionais ou recursos comunitários, sempre que tal se revele pertinente.

Para sustentar a intervenção, recorreu-se à entrevista familiar sistémica, considerada uma ferramenta essencial na prática da Enfermagem de Saúde Familiar (Ferré Grau, 2023). Esta permite, por um lado, aceder a informações relevantes sobre a estrutura, funcionamento e narrativa familiar, e, por outro, desempenhar simultaneamente um papel terapêutico e pedagógico, promovendo a reflexão e o empoderamento da família (Sequeira et al., 2023). A entrevista é construída com base na premissa de que cada família é especialista no seu próprio funcionamento, necessitando apenas de acompanhamento para aceder aos seus próprios recursos (Ferré Grau, 2023).

Os princípios da entrevista sistémica assentam na hipotetização, neutralidade e circularidade (Figueiredo, 2023). A hipotetização consiste na formulação de suposições com base na informação recolhida, guiando a observação e facilitando mudanças (Figueiredo, 2023). A neutralidade implica suspender julgamentos e evitar alianças disfuncionais, promovendo uma postura facilitadora. A circularidade, por sua vez, refere-se à formulação de perguntas que exploram as relações entre os membros da família e os significados atribuídos às suas interações, incentivando a reformulação de padrões e a abertura a novas soluções (Bateson, 1987; Páez-Cala, 2019).

O principal objetivo da intervenção de enfermagem familiar é o de promover a autonomia, a resiliência e a capacidade de coping da família, apoiando-a na construção de respostas sustentáveis face aos desafios emergentes. A avaliação do processo é contínua e colaborativa, permitindo ajustar o plano de cuidados consoante a evolução da dinâmica familiar ou o surgimento de novas necessidades.

As intervenções foram desenhadas com base nas entrevistas realizadas à família Constelação, onde se procurou compreender como os seus membros vivenciam os desafios atuais e quais os aspetos que consideram prioritários na sua convivência. A análise dessas narrativas permitiu identificar diagnósticos de enfermagem prioritários, com destaque para a redefinição de papéis parentais, a reorganização do funcionamento conjugal e a promoção do desenvolvimento saudável do bebé.

Importa reforçar que, numa lógica de parceria colaborativa, e conforme sublinha Alarcão (2000), as famílias devem ser respeitadas nas suas escolhas e ritmos de mudança. Considerando que são sistemas informacionalmente abertos, mas organizacionalmente fechados, as intervenções devem ser construídas em diálogo com os seus membros, sendo o enfermeiro um facilitador de mudanças e não um prescritor de soluções.

No caso específico da família Constelação, identificou-se abertura para refletir sobre os papéis familiares, embora o tempo de contacto não tenha permitido aprofundar outras dimensões importantes, como a comunicação emocional no casal. Esta constatação reforça a necessidade de um planeamento progressivo e sensível, com intervenções implementadas faseadamente, à medida que forem fazendo sentido para a família.

A avaliação e intervenção junto da família Constelação seguiu os princípios do MCAIF. Para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos e proposta de intervenções, utilizou-se a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

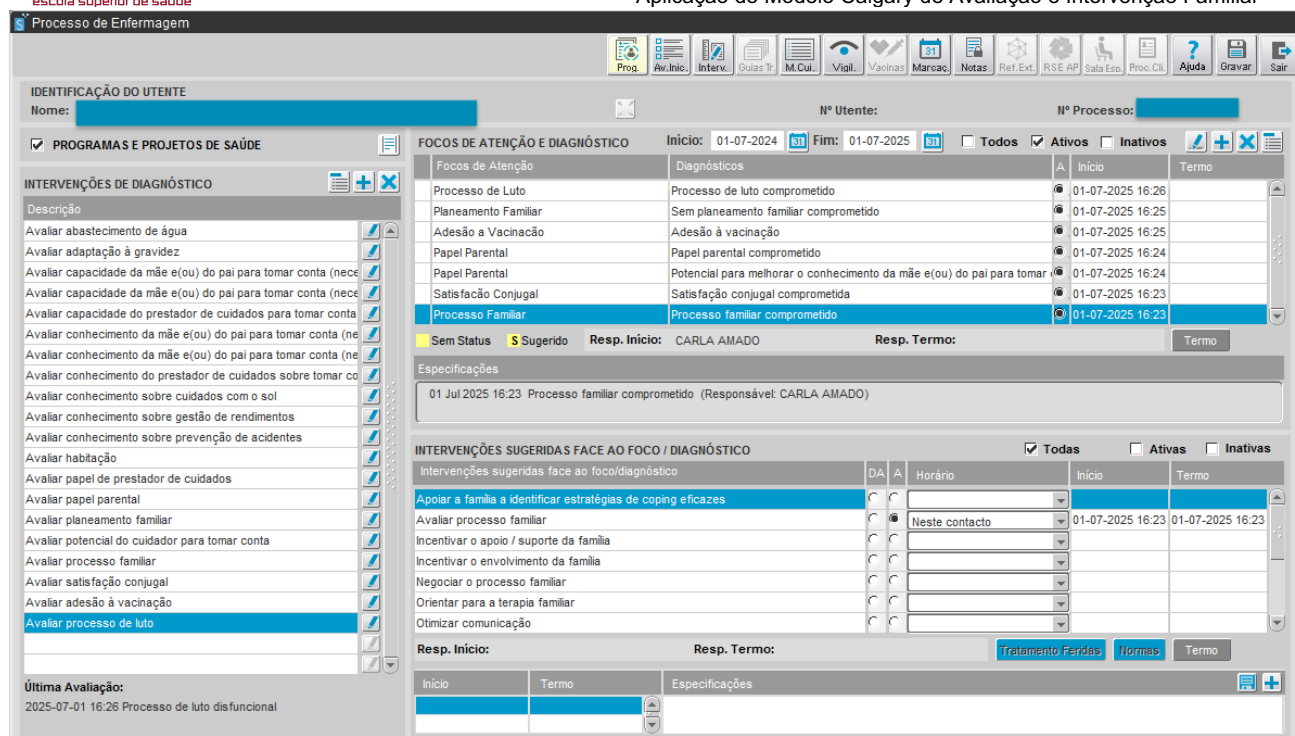
3.1 Diagnósticos de enfermagem

Com base na análise realizada até à data de 17 de junho de 2025, identificaram-se os seguintes diagnósticos prioritários:

- **Papel parental não adequado**, relacionado com conhecimento do papel parental não demonstrado manifestado por ausência de conhecimentos necessários para prestar todos os cuidados ao lactente. E relacionado com desempenho do papel comprometido manifestado por saturação do papel
- **Satisfação conjugal não mantida**, relacionado com relação dinâmica do casal disfuncional, manifestado por insatisfação do casal com o tempo que passam juntos. E relacionado com comunicação conjugal não eficaz, manifestado por insatisfação com o padrão de comunicação do casal.
- **Processo familiar disfuncional**: relacionado com comunicação familiar não eficaz manifestado por insatisfação com o padrão de comunicação do casal. Relacionado com interação de papéis familiares não eficaz, manifestado por saturação do papel.
- **Processo de luto comprometido** em Andrómeda, relacionado com risco para perturbação de luto prolongado manifestado por ansiedade intensa de separação e perturbação do funcionamento social.

De salientar que grande parte das tarefas familiares e competências associadas se encontram adequadamente desenvolvidas, evidenciando-se várias áreas de funcionamento eficaz. Entre estas, destacam-se:

- Desenvolvimento infantil não comprometido, manifestado por dimensão física, estrutura corporal e desenvolvimento psicomotor não comprometido;
- Regime de imunização não comprometido, manifestado por conhecimento adequado sobre vacinação, crenças favoráveis e adesão demonstrada ao calendário vacinal;
- Uso de contraceptivo não comprometido por conhecimento, crenças, adesão demonstrados e risco de complicações associados ao uso do contraceptivo ausente;
- Regime de cuidados pós-parto não comprometido, manifestado por conhecimento e comportamento de adesão sobre cuidados pós-parto demonstrado e por complicações no pós-parto não presentes.



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
 Nome: [] Nº Utente: [] Nº Processo: []

☒ PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	
Avaliar abastecimento de água	
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar co	
Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol	
Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
Avaliar habitação	
Avaliar papel de prestador de cuidados	
Avaliar papel parental	
Avaliar planeamento familiar	
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	
Avaliar processo familiar	
Avaliar satisfação conjugal	
Avaliar adesão à vacinação	
Avaliar processo de luto	

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 01-07-2024 Fim: 01-07-2025

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Processo de Luto	Processo de luto comprometido	01-07-2025 16:26	
Planeamento Familiar	Sem planeamento familiar comprometido	01-07-2025 16:25	
Adesão a Vacinação	Adesão à vacinação	01-07-2025 16:25	
Papel Parental	Papel parental comprometido	01-07-2025 16:24	
Papel Parental	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar	01-07-2025 16:24	
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	01-07-2025 16:23	
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	01-07-2025 16:23	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: CARLA AMADO Resp. Termo: []

Especificações
 01 Jul 2025 16:23 Processo familiar comprometido (Responsável: CARLA AMADO)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes					
Avaliar processo familiar			Neste contacto	01-07-2025 16:23	01-07-2025 16:23
Incentivar o apoio / suporte da família					
Incentivar o envolvimento da família					
Negociar o processo familiar					
Orientar para a terapia familiar					
Otimizar comunicação					

Resp. Início: [] Resp. Termo: [] Tratamento Perdido Normas Termo

Última Avaliação:
 2025-07-01 16:26 Processo de luto disfuncional

Figura 12- Processo de enfermagem da Família Constelação

Fonte: SClínico

Neste enquadramento, assume particular importância o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar, que deve procurar promover a tomada de consciência dos papéis exercidos, favorecer o reconhecimento mútuo das exigências associadas a cada função e, sempre que possível, estimular a partilha de responsabilidades e a ativação de recursos externos. Estas estratégias visam evitar a rigidez nas dinâmicas familiares e prevenir situações de sobrecarga ou esgotamento.

3.2. Plano de Cuidados

Nesta fase do processo de enfermagem, procede-se à definição dos objetivos a atingir e das intervenções de enfermagem mais adequadas, com base nos diagnósticos previamente identificados. Os resultados esperados devem ser mensuráveis e definidos com prazos realistas, permitindo avaliar a evolução da situação familiar. As intervenções, por sua vez, devem ser construídas em conjunto com a família, respeitando os seus valores, prioridades e contexto específico. Assim, esta etapa deve decorrer numa lógica de parceria colaborativa, como propõe Alarcão (2000), sendo fundamental que as ações delineadas façam sentido para os membros da família. Neste âmbito, destaca-se a utilidade do MCIF, que organiza as intervenções nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, permitindo uma abordagem estruturada e integrada do funcionamento familiar.

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem identificados ao longo do ensino clínico, nomeadamente Papel Parental Não Adequado, Satisfação Conjugal Não Mantida e Processo Familiar Disfuncional, foram planeadas intervenções específicas para cada subdiagnóstico, com base no MCIF. As intervenções foram desenhadas a partir da análise das diferentes dimensões avaliadas (estrutural, de desenvolvimento e funcional), ao longo dos quatro encontros com a família Constelação, e orientadas pelos domínios cognitivo, afetivo e comportamental do MCIF.

O Quadro 4 sistematiza a articulação entre os momentos de contacto com a família, os instrumentos aplicados, as dimensões avaliadas, os diagnósticos e subdiagnósticos identificados, bem como as intervenções e as técnicas terapêuticas utilizadas.

Quadro 6- Planeamento de intervenções à família Constelação

	1º Contacto	2º Contacto	3º Contacto	4º Contacto (a realizar)
Instrumentos para colheita de dados – dados avaliação	- Genomapa - Escala Graffar adapt. - Entrevista familiar sistémica	- Ecomapa - Escala Readaptação Social Holmes e Rahe - Entrevista familiar sistémica	- Escala FACES II - APGAR Familiar - Luto - Entrevista familiar sistémica	- Entrevista familiar sistémica
Dimensão Avaliada /intervenção	Dimensão Estrutural	Dimensão Estrutural E desenvolvimental	Dimensão Funcional	Dimensão Estrutural Desenvolvimental Funcional
Diagnóstico	Papel Parental Não adequado	Satisfação conjugal não mantida	. Processo Familiar disfuncional . Papel Parental Não adequado	. Papel Parental Não adequado . Satisfação conjugal não mantida . Processo Familiar disfuncional
Subdiagnóstico	. Conhecimento do papel parental não demonstrado . Desempenho do papel parental - Saturação do papel	. Relação dinâmica do casal disfuncional . Comunicação do casal não eficaz	. Relação dinâmica do casal disfuncional . Comunicação do casal não eficaz e/ou . Coping familiar não eficaz . Interações de papéis não eficaz . Desempenho do papel parental - Saturação do papel	Todos os anteriores.
Intervenções	- Informar os pais sobre o papel parental; - Ensinar os pais sobre características e competências do lactente; - Ensinar os pais sobre o processo de vinculação; - Ensinar os pais sobre medidas de segurança e prevenção de acidentes. - Incentivar desempenho do papel parental; - Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros; - Validar ou normalizar respostas emocionais; - Motivar e negociar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	- Encorajar a expressão das emoções pelos pais; - Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros; - Validar ou normalizar respostas emocionais; - Promover a comunicação expressiva das emoções.	- Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros; - Validar ou normalizar respostas emocionais; - Estimular o apoio da família alargada; - Mobilizar recursos formais/informais de apoio. - Incentivar o descanso; - Planear rituais. - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) - Promover estratégias de coping para o papel - Ensinar técnicas de relaxamento e autocuidado. - Facilitar momentos de pausa e repouso.	- Negociar a distribuição de tarefas parentais por outros membros da família/ cuidadores; - Estimular o apoio da família alargada; - Mobilizar recursos formais/informais de apoio. - Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros; - Validar ou normalizar respostas emocionais; - Incentivar o descanso; - Planear rituais. - Promover estratégias de coping para o papel - Ensinar técnicas de relaxamento e autocuidado. - Facilitar momentos de pausa e repouso.
Técnicas	Co-construção de genograma	Co-construção de ecomapa Elogio da família	Elogio da família Rituais familiares Metáfora	Conto sistémico Elogio da família

3.2.1 Intervenção com Recurso a Metáfora Terapêutica – "O Restaurante"

No contexto da intervenção com a Família Constelação, e como parte integrante do plano de cuidados, foi utilizada uma metáfora terapêutica como estratégia facilitadora da compreensão das dinâmicas conjugais e parentais, bem como da diferenciação entre os papéis familiares. Inspirada nos princípios da entrevista motivacional e da abordagem narrativa, esta técnica recorre a imagens simbólicas que refletem a experiência subjetiva da família, favorecendo a expressão emocional, o reposicionamento relacional e a reorganização do pensamento (Wright & Leahey, 2019).

Um restaurante não se aguenta com um só cozinheiro. Para que funcione, é preciso uma equipa: quem cozinha, quem serve, quem limpa, quem gere.

A metáfora utilizada consistiu em comparar a relação conjugal à gestão de um restaurante, onde o casal é representado como sócios responsáveis por manter o bom funcionamento do espaço. Tal como num restaurante, onde a sobrecarga de um colaborador compromete o serviço global, na dinâmica familiar uma distribuição desigual de responsabilidades pode gerar tensão, frustração e desgaste. Ao recorrer a esta imagem concreta e acessível, pretendeu-se promover a autorreflexão e estimular o casal a (re)pensar a sua colaboração, comunicação e presença no espaço conjugal.

A aplicação desta metáfora teve como principais objetivos facilitar a diferenciação entre os papéis conjugais e parentais, promover o insight sobre a necessidade de preservar o espaço do casal e fomentar a co-construção de estratégias concretas de mudança. Esta técnica está alinhada com os princípios da entrevista familiar sistémica, que valoriza o uso de perguntas circulares, narrativas e recursos criativos para promover a mudança relacional e fortalecer os vínculos afetivos (Wright & Leahey, 2019).

Adicionalmente, o recurso à metáfora favorece a externalização do problema (White & Epston, 1990), permitindo deslocar o foco da culpabilização individual para uma compreensão conjunta e colaborativa da dinâmica familiar. Esta abordagem revela-se congruente com o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MCAIF), nomeadamente com as intervenções nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, promovendo a construção de significados partilhados e a mobilização de recursos internos da família.

Ao longo desta intervenção, observou-se maior disponibilidade para a escuta mútua, validação das necessidades individuais e reconhecimento do esforço conjunto, contribuindo para o reforço do sentido de parceria no casal e para a melhoria do funcionamento familiar global.

3.2.2 Diagnóstico Papel parental não adequado

O diagnóstico de Enfermagem identificado remeteu para **Papel parental não adequado**, relacionado com conhecimento do papel parental não demonstrado manifestado por ausência de conhecimentos necessários para prestar todos os cuidados ao lactente. Foram implementadas as seguintes intervenções: informar os pais acerca das responsabilidades e implicações do papel parental, ensinar sobre as características do desenvolvimento e competências típicas do lactente e explicar o processo de vinculação e a importância do estabelecimento precoce de laços afetivos seguros.

Papel parental não adequado relacionado com desempenho do papel comprometido manifestado por saturação do papel. O resultado esperado foi melhorar o desempenho do papel parental. As intervenções implementadas foram: promover a comunicação expressiva das emoções, negociar a distribuição de tarefas parentais por outros membros da família/ cuidadores e estimular o apoio da família alargada através do uso de metáfora terapêutica, elogiar os pontos fortes da família e de seus membros, incentivar o descanso e planejar rituais.

Face ao diagnóstico de enfermagem prioritário “Papel parental não adequado”, foram planeadas intervenções específicas segundo os três domínios estruturantes do MCIF – cognitivo, afetivo e comportamental. A sua sistematização, com os correspondentes resultados esperados, encontra-se apresentada no Quadro 5.

Quadro 7- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Papel Parental Não Adequado

Diagnóstico	Domínio do MCIF	Intervenção	Resultado Esperado
Papel parental não adequado	Cognitivo	“O que foi mais difícil de gerir com o vosso bebé nos últimos dias?”	Validação do esforço vivido e identificação de aspetos invisíveis do cansaço parental.
		“Se pudessem escolher uma tarefa para delegar durante esta semana, qual seria e a quem a dariam?”	Colaborar na capacitação da família para procurar autonomamente apoios externos.
		Elogiar a capacidade de cooperação e os aspetos funcionais da relação parental.	Elogiar as forças da família e dos diferentes elementos.
	Afetivo	“Quando o outro está muito cansado, como se ajudam?”	Facilitar o reconhecimento mútuo de sinais emocionais e resposta empática.
		Encorajar a partilha de narrativas sobre papel parental.	Promover a expressão emocional e a empatia mútua.
	Comportamental	“Como poderiam reequilibrar a vossa gestão em casal para aliviar a sobrecarga do dia-a-dia?”	Estimular negociação e redistribuição de tarefas.
		“Quem na vossa rede (família, amigos, profissionais) poderia apoiar-vos numa tarefa concreta?”	Favorecer a ativação de recursos externos para alívio do papel parental saturado.
		“Que atividade de lazer gostaria de fazer em família?”	Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer e exercício físico adequado à criança, passeios na natureza.

Resultados esperados:

- Que os pais adquiram conhecimento e sejam capazes de o mobilizar para exercer o papel parental adequado à criança;
- Que os pais procurem recursos fora da família que suporte o acompanhamento adequado ao filho;
- Que a família encontre estratégias adaptativas na interação com o filho e com comunidade.

Destaca-se como ganho em saúde o facto de os pais reconhecerem, a necessidade de recorrer a apoio externo, quer através de familiares disponíveis, quer mediante recursos formais da comunidade, com inscrição de Pégaso em creche quando tiver 12 meses. Esta tomada de consciência representa um passo importante para a redução da sobrecarga individual e promoção da saúde familiar. Assumiram ainda a importância do equilíbrio entre o desempenho do papel parental e o cuidado de si próprios, o que favorece a construção de rotinas mais sustentáveis e a manutenção do bem-estar físico e emocional de todos os elementos do sistema familiar. Este reconhecimento, fruto do trabalho conjunto baseado no MCIF, evidencia uma mudança positiva na perceção do cuidado como responsabilidade partilhada e integrada numa rede relacional mais alargada.

3.2.3 Diagnóstico Satisfação conjugal não mantida

O diagnóstico de Enfermagem identificado remeteu para **Satisfação conjugal não mantida**, relacionado com relação dinâmica do casal disfuncional, manifestado por insatisfação do casal com o tempo que passam juntos, as intervenções implementadas incluíram: promover a comunicação expressiva das emoções e incentivar a realização de atividades em conjunto que favorecessem o reencontro do casal nas pequenas rotinas do dia a dia.

O diagnóstico **Satisfação conjugal não mantida** relacionado com comunicação conjugal não eficaz, manifestado por insatisfação com o padrão de comunicação do casal. O resultado esperado foi a melhoria da qualidade da relação conjugal, por via do reforço da comunicação, da partilha de responsabilidades e da promoção de momentos de conexão emocional, neste domínio, as intervenções centraram-se em promover o diálogo aberto e empático, planejar rituais familiares significativos, o tempo de contacto não permitiu aprofundar esta dimensão, sendo importante o seu desenvolvimento em próximas oportunidades.

Deste modo, face ao diagnóstico de enfermagem prioritário “Satisfação conjugal não mantida”, foram planeadas intervenções específicas segundo os três domínios estruturantes do MCIF – cognitivo, afetivo e comportamental. A sua sistematização, com os correspondentes resultados esperados, encontra-se apresentada no Quadro 6.

Quadro 8 - Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Satisfação Conjugal não mantida

Diagnóstico	Domínio do MCIF	Intervenção	Resultado Esperado
Satisfação conjugal não mantida	Cognitivo	Elogiar a capacidade de cooperação e os aspetos funcionais da relação conjugal.	Reforçar perceções positivas da relação, fortalecendo vínculos e reconhecimento mútuo.
		Encorajar a partilha de narrativas sobre papel conjugal.	Promover a expressão emocional e a empatia mútua.
		“Muitos pais manifestam sentimentos semelhantes”.	Validar, reconhecer ou normalizar respostas emocionais
		“Como se sentem em relação à forma como têm lidado com os desafios do dia-a-dia?”	Facilitar um espaço seguro para cada membro do casal expressar as suas emoções.
	Comportamental	“Que atividade de lazer gostaria de fazer em família?”	Promover ações concretas de reconexão e satisfação mútua na vida quotidiana do casal.

Resultados esperados

- Que o casal se aproxime e possa partilhar momentos de diálogo sobre perspetivas, sentimentos e preocupações;
- Que melhore a comunicação entre si e redescubra novas formas de aumentar a sua conexão.

Embora ainda não se tenham verificado mudanças práticas no quotidiano do casal, como a implementação de atividades conjuntas de lazer, foi possível identificar um ganho relevante no plano da consciência relacional. Ambos os membros do casal reconheceram verbalmente a necessidade de dedicarem tempo à relação conjugal para além da parentalidade, o que constitui um indicador precoce de motivação para a mudança. Este reconhecimento é um primeiro passo fundamental para a implementação de comportamentos reconstrutivos no futuro, sinalizando disponibilidade para reorganizar prioridades relacionais e potencial de reconexão afetiva.

3.2.4 Diagnóstico Processo familiar disfuncional

Os resultados obtidos apontaram para níveis reduzidos de coesão e adaptabilidade familiar, ausência de partilha equitativa de responsabilidades, fragilização da comunicação emocional e uma tendência para a autogestão, em detrimento do suporte mútuo. Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista deve contemplar estratégias que favoreçam a expressão das necessidades individuais e a escuta ativa entre os membros, promovendo espaços de diálogo e validação emocional.

O diagnóstico de enfermagem **Processo Familiar Disfuncional** relacionado com relação dinâmica do casal disfuncional, manifestado por níveis moderados de coesão e adaptabilidade familiar, identificado com base nos dados recolhidos através dos instrumentos APGAR Familiar de Smilkstein, escala de readaptação social de Holmes e Rahe e entrevista familiar sistémica. Neste contexto, foram implementadas intervenções centradas em promover a comunicação expressiva de emoções e promover o envolvimento do casal, com o objetivo de fortalecer a relação conjugal e melhorar a funcionalidade familiar.

O diagnóstico de **Processo Familiar Disfuncional** relacionado com comunicação do casal não eficaz manifestado por insatisfação com o padrão de comunicação do casal. As intervenções neste domínio revelaram-se sobreponíveis às previstas no diagnóstico de Satisfação Conjugal Não Mantida, por também estarem relacionadas com a comunicação conjugal não eficaz.

O diagnóstico **Processo Familiar Disfuncional** relacionado com interações de papéis não eficaz manifestado por saturação do papel. As intervenções dirigidas centraram-se na promoção de estratégias de coping familiar e no incentivo ao recurso a suportes externos.

Assim, uma abordagem centrada na família, sensível às suas dinâmicas internas e às vivências subjetivas, revela-se fundamental para uma intervenção ética, eficaz e promotora de bem-estar. Neste sentido, o objetivo principal da intervenção passa por manter o funcionamento familiar coeso, adaptável e colaborativo.

Quadro 9- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Processo familiar disfuncional

Diagnóstico	Domínio do MCIF	Intervenção	Resultado Esperado
Processo familiar disfuncional	Cognitivo	Metáforas terapêuticas para ajudar a família a visualizar a sua capacidade de superação.	Reestruturar cognitivamente a perceção da crise como oportunidade de crescimento familiar.
		“Na vossa opinião, o que significa ser um bom pai/boa mãe?”	Explorar crenças familiares sobre papéis e responsabilidades.
	Afetivo	“O que achas que o teu cônjuge quis dizer quando expressou isso?”	Facilitar um exercício de “escuta ativa” entre os cônjuges. Aumentar a empatia e comunicação afetiva.
	Comportamental	Mobilizar recursos externos (familiares, comunitários ou profissionais) para aliviar a sobrecarga familiar.	Reduzir o isolamento e melhorar o suporte à família.
		“O que é que podem fazer em conjunto para ajudar a Andrómeda a tirar a carta de condução?”	Promover o envolvimento colaborativo do casal na concretização de metas familiares.

Resultados esperados:

- Que a comunicação no seio familiar seja melhorada com a criação de um espaço seguro e de abertura em que cada elemento possa exprimir sentimentos, preocupações e pensamentos e sentir-se ouvido pelo outro;
- Que a família descubra mudanças estruturais no funcionamento familiar, reinventando e experimentando novas formas de pensar e agir;
- Que a família encontre formas satisfatórias de se relacionar, equilibrando entre mais coesão e proximidade por um lado e mais autonomia individual, por outro.

3.2.5 Diagnóstico Processo de luto comprometido

A avaliação efetuada a Andrómeda, com base no instrumento PG-13 da Norma n.º 003/2019 da Direção-Geral da Saúde, evidenciou o diagnóstico de luto persistente comprometido, relacionado com risco acrescido de evolução para Perturbação de Luto Prolongado, manifestado por ansiedade intensa de separação e perturbação significativa do funcionamento social. Esta vivência complexa da perda tem-se refletido negativamente na sua capacidade de reintegração nas rotinas familiares e sociais, intensificando sentimentos de isolamento emocional. Paralelamente, o contexto familiar apresenta constrangimentos adicionais, nomeadamente a alteração abrupta nas dinâmicas conjugais após o falecimento do pai de Hércules, que originou um aumento da sua dedicação à atividade profissional. Esta mudança reduziu substancialmente a sua disponibilidade para prestar apoio emocional e partilhar responsabilidades no seio familiar. A conjugação destes fatores contribuiu para um desequilíbrio na rede de suporte próximo de Andrómeda, reforçando a perceção de ausência de suporte conjugal e fragilizando a resposta familiar ao luto. Perante este cenário, foram realizadas intervenções sensíveis, centrada na família como sistema, como a valorização das vivências subjetivas da perda, o reforço dos vínculos afetivos.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve ser pautada pela escuta ativa, validação emocional e estímulo a estratégias de coping adaptativo, procurando facilitar o processo de ressignificação da perda, a reconstrução de sentido e o reforço dos vínculos familiares de suporte.

Quadro 10- Plano de Intervenção Familiar Estruturado por Domínio (MCIF) – Foco: Luto comprometido

Diagnóstico	Domínio do MCIF	Intervenção	Resultado Esperado
Processo de Luto comprometido	Cognitivo	"O que mudou mais na tua vida desde que esta pessoa partiu?"	Facilitar a reconstrução do sentido da perda, reduzindo pensamentos intrusivos.
	Afetivo	Validação das emoções expressas: "É normal sentir essa tristeza profunda".	Reduzir a autocrítica, promovendo aceitação emocional e vínculo terapêutico.
	Comportamental	"Que metas familiares gostariam de alcançar juntos nos próximos meses? Há algo que gostassem de fazer como casal ou família?"	Recentrar a atenção na vida familiar futura, incentivando o compromisso e a esperança.

Resultados esperados:

- Que a família consiga reinvestir afetivamente nas relações significativas e na rotina familiar, restabelecendo parcialmente o funcionamento social;
- Que o luto seja vivenciado com menor sofrimento, através de estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais adaptativas;
- Que a família enquanto sistema, reconheça o impacto da perda e contribua ativamente para o apoio emocional e funcional de Andrómeda.

4. Discussão e Conclusões

A aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MCAIF) à Família Constelação constituiu uma oportunidade concreta de desenvolvimento e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), no contexto da prática clínica em cuidados de saúde primários. Esta intervenção permitiu aliar os referenciais teóricos ao exercício da prática especializada, centrada na família como unidade de cuidados e respeitando a sua complexidade e dinâmicas próprias.

A avaliação das dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional da família, aliada à utilização de instrumentos clínicos complementares possibilitou uma compreensão aprofundada dos padrões relacionais, das forças e das fragilidades familiares. Com base nesses dados, foram definidos diagnósticos de enfermagem centrados em problemas reais e potenciais, que nortearam a formulação de objetivos e a implementação de intervenções específicas, nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

Este processo evidenciou a mobilização de várias competências do EESF, nomeadamente:

- A competência diagnóstica, através da avaliação centrada na família, considerando o seu contexto, estrutura, ciclo vital e funcionamento interno;
- A competência relacional, ao promover uma comunicação terapêutica eficaz, centrada na escuta ativa, na empatia e na validação emocional;
- A competência de intervenção, ao delinear estratégias que promovem o ajustamento familiar, o *empowerment* e a diferenciação funcional dos subsistemas;
- A competência educativa, ao promover a literacia em saúde e apoiar a tomada de decisões informadas no seio familiar;
- A competência ética, expressa na atuação responsável, colaborativa e respeitadora da autonomia e valores da família.

Contudo, o tempo limitado de contacto com a família constituiu uma limitação relevante, restringindo a implementação prolongada das intervenções e a monitorização de resultados concretos. A ausência de um dos elementos do casal em momentos-chave, como na exploração da metáfora terapêutica, condicionou o seu impacto no reforço do vínculo conjugal. Para futuras intervenções, propõe-se a utilização de ferramentas narrativas, como o conto ou o role-play, que potenciem o envolvimento emocional e cognitivo de todos os membros do sistema familiar.

A classificação mútua da família como funcionalmente equilibrada constitui um recurso promotor de mudança, que reforça a pertinência de uma abordagem baseada nas forças (Gottlieb, 2016). Esta perspetiva permite valorizar as competências existentes, fortalecer a resiliência e fomentar a co-construção de soluções significativas. Assim, mesmo perante desafios identificados, a família demonstrou potencial de reorganização, disponibilidade para o diálogo e abertura à mudança.

Em suma, a intervenção junto da Família Constelação confirmou a relevância de uma prática de enfermagem sistematizada, colaborativa e centrada na família, promovendo o seu bem-estar global e contribuindo para a qualidade dos cuidados em saúde familiar, em conformidade com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (1ª ed.). Quarteto Editora.
- Andrade, L. (2023). Famílias com filhos pequenos. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª edição, pp. 162–165). Lidel - Edições Técnicas.
- Bowlby, J. (1990). Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo (2ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). Marriage and family development. New York, NY: Harper & Row.
- Ferré-Grau, C. (2023). Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.80-84). Lidel - Edições Técnicas.
- Figueiredo, M. H. D. J. S., & da Silva Martins, M. M. F. (2010). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559.
- Figueiredo, M., Monteiro, M., Subtil, C. (2023a). A Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.92-95). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Genograma e psicofigura de Mitchell. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023c). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª Ed., pp. 359 - 360). Lidel - Edições Técnicas.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023d). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª Ed., pp. 361 - 368). Lidel - Edições Técnicas.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023e). Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição). Lidel - Edições Técnicas.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.
- Friedman, M. (1998) Family Nursing: Theory and Practice (3.ª edição). Connecticut. Appleton and Lange
- Giddens, A. (1993). As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* (1ª Edição). Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2ª Edição). Lusociência.
- Kaakinen, J. R. (2018). Theoretical Foundations for the Nursing of Families In J. R. Kaakinen, D. P. Coelho, R. Steele & M. Robinson (Eds.). Family health care nursing: theory, practice, and research. 6th Edition. Philadelphia. FA Davis.
- MacFarland, M.R., & Wehbe-Alamah, H.B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, (30), 1-18. Retrieved from <https://www.tesble.com/10.1177/1043659619867134>
- Martins, M. M. Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco de cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685–690.

- Maturana, H.; Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana* (5ª Ed.). São Paulo: Palas Athena.
- Meiers, S., Tomlinson, P., & Peden-McAlpine, C. (2007). Development of the Family Nurse Caring Belief Scale (FNCBS). *Journal of Family Nursing*, 13, 484-02.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. [Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>]
- Potter, P. e Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem*. Elsevier. Retrieved from <https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis Company.
- Silva, M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 152 - 158). Lidel - Edições Técnicas.
- Watson, W. H. (2012). Family Systems In V. S. Ramachandran (Ed.) *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Edition. Volume 2. Oxford: Academic Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

Apêndice IV - Instrumento de recolha de dados

Forças Familiares

As mestrandas Carla Amado e Patrícia Pereira, estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, encontram-se a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório final.

Este estudo tem como objetivo descrever e analisar as forças das famílias em Portugal, através da aplicação de um questionário que se destina apenas a pessoas adultas (com 18 ou mais anos) que vivam em família (com parceiro, pais, filhos ou outros familiares). Não deve ser preenchido por pessoas que vivam sozinhas, uma vez que o instrumento avalia as interações e dinâmicas familiares.

A participação consiste em responder a um questionário eletrónico anónimo e confidencial, com perguntas objetivas, e uma duração aproximada de 8 minutos. As respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos.

O questionário é constituído por duas partes:

Parte I: Caracterização sociodemográfica e familiar

Parte II: Questionário de Forças Familiares (Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem quaisquer riscos ou custos associados. Ao responder a este questionário, estará a dar o seu consentimento informado e explícito para participar neste estudo.

Em caso de dúvidas, contacte:

✉ 5240069@my.ipleiria.pt

✉ 5240072@my.ipleiria.pt

A sua colaboração é muito importante para nós.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Consentimento informado *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Declaro que concordo em participar neste trabalho de investigação

Parte I - Caracterização sociodemográfica e familiar

Nota: Neste questionário, considere "família" o conjunto de pessoas que vivem na mesma casa e partilham a vida familiar. Não inclua familiares que não residem habitualmente consigo (ex.: netos, filhos ou outros parentes que vivem noutra casa).

2. 1. Qual é o seu género? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outra: _____

3. 2. Qual é a sua idade (em anos)? *

Nota: Responda em numeração (exemplo: 40)

4. 3. Qual é o seu estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) / União de facto
- ☐ Separado(a) / Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

5. 4. Qual é o seu nível de escolaridade mais elevado concluído? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum
- ☐ 1.º Ciclo (4.º ano)
- ☐ 2.º Ciclo (6.º ano)
- ☐ 3.º Ciclo (9.º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12.º ano)
- ☐ Bacharelato / Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outra: _____

6. 5. Qual é a sua situação laboral atual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Estudante
- ☐ Trabalhador(a) / Empregado(a)
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Reformado(a)
- ☐ Outra: _____

7. 6. Sente-se satisfeito(a) com o seu rendimento familiar atual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. 7. Qual é o tipo da sua habitação? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Moradia
- ☐ Apartamento
- ☐ Habitação social
- ☐ Outra: _____

9. 8. Qual destas opções descreve melhor a sua família? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nuclear: casal que vive junto, com ou sem filhos
- ☐ Monoparental: um dos pais vive com o(s) filho(s), sem outro progenitor
- ☐ Reconstituída: casal em que pelo menos um dos elementos tem filhos de uma relação anterior
- ☐ Alargada: casal ou pessoa que vive com outros familiares (ex.: pais, sogros, avós, tios, sobrinhos)
- ☐ Outra: _____

10. 9. Qual o papel que ocupa na sua família? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Pai / Mãe / Progenitor
- ☐ Filho(a) / enteado(a)
- ☐ Avô / Avó
- ☐ Outra: _____

11. 10. Há filhos na sua família? *

Nota: Considere filhos biológicos, adotivos ou enteados, independentemente de viverem ou não na mesma casa.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não *Avançar para a pergunta 17*

(Continuação)

12. 11. Quantos filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Outra: _____

13. 12 - Qual a idade do filho(a) mais velho(a) (em anos)? *

Nota: Responda em numeração (exemplo: 10)

14. 13. Qual a situação atual dos filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Vivem todos em casa
- ☐ Alguns já saíram de casa
- ☐ Todos vivem fora de casa

15. 14. Quantos filhos a sua família tem atualmente a cargo dos pais? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Outra: _____

16. 15. Há algum filho adolescente (10 a 19 anos) a residir na família? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

17. 16. Em qual das seguintes etapas considera que a sua família se encontra atualmente? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Início da família / Casal sem filhos
- ☐ Família com recém-nascido (filho mais velho até 30 meses)
- ☐ Família com criança pequena (filho mais velho entre 30 meses e 6 anos)
- ☐ Família com criança em idade escolar (filho mais velho entre 6 e 13 anos)
- ☐ Família com adolescente (filho mais velho entre 13 e 20 anos)
- ☐ Família com filhos jovens adultos (filho mais velho com mais de 20 anos, até à saída do último filho de casa)
- ☐ Casal de meia-idade (desde a saída de casa do último filho até à reforma)
- ☐ Família idosa / envelhecimento

18. 17. Numa escala de 1 a 10, sendo 1 "nada satisfeito(a)" e 10 "totalmente satisfeito(a)", indique o seu nível de satisfação com a sua família. *

Marcar apenas uma oval.

Nad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Totalmente satisfeito(a)

19. 18. Numa escala de 1 a 10, sendo 1 "nada satisfeito(a)" e 10 "totalmente satisfeito(a)", indique o seu nível de satisfação com a funcionalidade da sua família (forma como os membros interagem, comunicam e cumprem os seus papéis). *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

Parte II - Questionário de Forças Familiares (Ana Melo & Madalena Alarcão, 2009)

Segue-se uma listagem de coisas que por vezes acontecem nas famílias.

Por favor assinale em que medida considera que as características descritas são parecidas com as da sua família, de acordo com a seguinte escala:

1. Nada parecidas
2. Pouco parecidas
3. Mais ou menos parecidas
4. Bastante parecidas
5. Totalmente parecidas

20. 1. Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

21. 2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

22. 3. Na minha família somos muito unidos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

23. 4. Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

24. 5. Na minha família tomamos decisões em conjunto. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

25. 6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

26. 7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

27. 8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

28. 9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

29. 10. Na minha familia mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

30. 11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

31. 12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

32. 13. Na minha família fazemos coisas e actividades em conjunto. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

33. 14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

34. 15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

35. 16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

36. 17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

37. 18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

38. 19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

39. 20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

40. 21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

41. 22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

42. 23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

43. 24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

44. 25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

45. 26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

46. 27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente parecidas

47. 28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente parecidas

48. 29. Na minha família as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente parecidas

Secção sem título

Muito obrigada pela sua colaboração!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXOS

Anexo I - Comprovativos de participação e apresentação em eventos científicos

 ICFH'25 International Congress of Family Health	
CERTIFICADO	
Certifica-se para os devidos efeitos que	
ANA CATARINA LEITE, CARLA AMADO, ISILDA FERREIRA, OTÍLIA RAIMUNDO, PATRÍCIA PEREIRA, EVA MENINO	
participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada:	
"ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO À FAMÍLIA EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, UM PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING", que decorreu nos dias 7 e 8	
de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).	
Aveiro, 27 de fevereiro de 2025	
 Diretor ESSUA/UA (Prof. Doutor Rui Costa)	 Presidente da Comissão Científica (Profª Doutora Helena Loureiro)
 essua universidade de aveiro escola superior de saúde	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO
 Egas Moniz Health Alliance Centro Académico Clínico	 ibimed institute of biomedicine

 ICFH'25 International Congress of Family Health	
CERTIFICADO	
Certifica-se para os devidos efeitos que	
ANA CATARINA LEITE, CARLA AMADO, ISILDA FERREIRA, OTÍLIA RAIMUNDO,	
PATRÍCIA PEREIRA, INÊS SOUSA, EVA MENINO	
participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada:	
"PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM	
PROCESSO DE LUTO", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da	
Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).	
Aveiro, 27 de fevereiro de 2025	
 Diretor ESSUA/UA (Prof. Doutor Rui Costa)	 Presidente da Comissão Científica (Profª Doutora Helena Loureiro)
 essua universidade de aveiro escola superior de saúde	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO
 Egas Moniz Health Alliance Centro Académico Clínico	 ibimed institute of biomedicine



Certificado

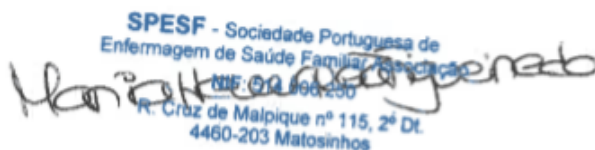
Certifica-se que

Patrícia Pereira

Apresentou o abstract com o título ***Registos de Enfermagem nas USF: Foco nos Indicadores ou na Qualidade dos Cuidados?*** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Patrícia Pereira¹; Ana Catarina Leite²; Carla Amado³; Isilda Ferreira⁴; Otília Raimundo⁵; Dulce Cabeça⁶; Pedro Alexandre-Sousa^{7,8};

1 - USF Leiria Nascente – ULS Região de Leiria; 2 - USF S. João Ovar – ULS Entre Douro e Vouga; 3 - USF Pombal Oeste - ULS Região de Leiria; 4 - USF Sicó - ULS Região de Leiria; 5 - USF Cardilium – USF Médio Tejo; 6 - USF Sol – ULS Alentejo Central; 7 - Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria; 8 - USF Martingil - ULS Região de Leiria;


SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar



CERTIFICADO | CERTIFICATE

Ana Catarina Leite

Apresentou a Comunicação Oral com o título ***“Contraceção de Emergência na Adolescência: Um Dilema Ético”*** dos autores **Ana Catarina Leite; Carla Amado; Isilda Ferreira; Otília Raimundo; Patrícia Pereira** no III Congresso Internacional A Criança no Mundo Hoje e Amanhã, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 03 de junho de 2025.

Presented an oral communication entitled ***“Contraceção de Emergência na Adolescência: Um Dilema Ético”*** from the authors **Ana Catarina Leite; Carla Amado; Isilda Ferreira; Otília Raimundo; Patrícia Pereira** in the III International Congress the Child in the World Today and Tomorrow, organised by the Escola Superior de Saúde de Viseu, which was held in hybrid form, in person at the Carlos Pereira Auditorium of the Escola Superior de Saúde de Viseu and online on the colibri/zoom platform on June 03rd, 2025.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.
Scientific recognition conferred by the Technical-Scientific Council of the Escola Superior de Saúde de Viseu.*

Viseu, 16 de junho de 2025 | Viseu, June 16th, 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



Prof. Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,



Prof. Doutor António Madureira Dias

4º Seminário Nacional
1º Seminário Internacional

Enfermagem Saúde Familiar

CSP, ULS S. João

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Catarina Leite, Carla Amado, Isilda Ferreira, Otilia Raimundo e Patrícia Pereira**

Apresentaram no 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João - "O Debate", que decorreu online nos dias 25 e 26 de setembro de 2025, a seguinte comunicação oral:

Comunicação Familiar em Perspetiva Cinematográfica: O Enfermeiro de Família como Facilitador Terapêutico

Maia, 29 de setembro de 2025.

Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pel'A Comissão Organizadora

Ana jorge Dora Machado Cristina Mendes

4º Seminário Nacional
1º Seminário Internacional

Enfermagem Saúde Familiar

CSP, ULS S. João

CERTIFICADO

Certifica-se que à **comunicação oral** intitulada

Comunicação Familiar em Perspetiva Cinematográfica: O Enfermeiro de Família como Facilitador Terapêutico

da autoria de **Ana Catarina Leite, Carla Amado, Isilda Ferreira, Otilia Raimundo e Patrícia Pereira**, foi atribuída uma **Menção Honrosa** em reconhecimento da originalidade do tema apresentado.

O referido trabalho foi apresentado no 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João - "O Debate", que decorreu online nos dias 25 e 26 de setembro de 2025.

Maia, 29 de setembro de 2025.

Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pel'A Comissão Organizadora

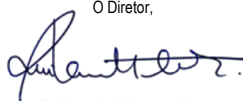
Ana jorge Dora Machado Cristina Mendes



CERTIFICADO

Certifica-se que **Patrícia Pereira** apresentou o trabalho (póster com discussão), intitulado "Modelo Calgary: Avaliação Familiar e Impacto na Prática do Enfermeiro de Família", da autoria de Ana Catarina Leite, Carla Amado, Isilda Ferreira, Otilia Raimundo & Patrícia Pereira, no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a 7 de junho de 2025, entre as 9h00 e as 17h30.

O Diretor,



Rui Manuel da Fonseca Pinto



Certifica-se que aos(as) Exmos. (as) Srs.(as) Drs.(as)

Mariana Pereira, Carolina Moreira, Carla Amado

Foram autores(as) do ePoster, "*Uso De Contracetivos Barreira Numa População De Adolescentes Do Ensino Secundário Na Região De Pombal*", apresentado no **II Encontro de Outono** que decorreu no SDIVINE Fátima Hotel, de 20 a 22 novembro de 2025.

Fátima, 22 de novembro de 2025

A Direção da APMGF



Dr. Nuno Jacinto

Presidente da APMGF



Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
Av. da República, 97 - 1.º 1050-190 Lisboa | Portugal
Telf. + 351 217 615 250 | Fax: + 351 217 933 145
apmgf@apmgf.pt



Certificado

**Sofia Teotónio, Mariana Pereira, Carolina Moreira,
Carla Amado**

Foi atribuída uma Menção Honrosa pela apresentação da Comunicação Livre em Formato de Poster **“Uso De Contracetivos Barreira Numa População De Adolescentes Do Ensino Secundário Na Região De Pombal”** na área temática de **Investigação** apresentada no Encontro de Outono que decorreu no SDIVINE Fátima Hotel, de 20 a 22 novembro de 2025.

Fátima, 22 de novembro de 2025

A Direção da APMGF



Dr. Nuno Jacinto

Presidente da APMGF



CERTIFICADO



Certifica-se que a Enf.^a

CARLA AMADOO

foi palestrante do **Workshop: "Rastreio e Abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis na Medicina Geral e Familiar"** nas **MEDLEI - Jornadas Médicas de Leiria 6.0**, no dia 30 de maio de 2025, que decorreu em formato presencial em Leiria.

Marta Simões

Presidente

Beatriz Corvia

Vice-Presidente



Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer Nº 676/06-2020

Título do Projecto: Saúde materna em situação pandémica por SARS-COV-2

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Carolina Miguel Graça Henriques

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Investigador Responsável: Carolina Miguel Graça Henriques

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O estudo a desenvolver pretende conhecer a perceção de saúde de mães de crianças e jovens adolescentes até aos 18 anos de idade, no período de situação pandémica por Sars-Cov-2. A proponente justifica a sua relevância perante os desafios que o confinamento a casa, o isolamento social, o encerramento das creches, jardins-de-infância e escolas, o teletrabalho, o 'lay-off' e os despedimentos vieram colocar às famílias, sobretudo às mulheres mães pela sobrecarga que sobre elas recai associada às suas responsabilidades domésticas, parentais e profissionais. Tem como finalidade desenvolver um programa de intervenções de enfermagem que procurem dar resposta às necessidades sentidas por estas mulheres após a definição de um conjunto de focos de atenção e padrão de cuidados de enfermagem.

Trata-se de um estudo definido pela proponente como de carácter quantitativo, transversal, descritivo e inferencial. São elencados doze objetivos, relacionados com o conhecer e compreender as características sociodemográficas, a dinâmica familiar, a situação de confinamento, as preocupações parentais, a perceção de saúde, o nível de stress e o nível de satisfação com a vida sentido pelas mães, e o verificar se existe relação entre algumas destas variáveis. A recolha de dados será feita através de questionário aplicado e divulgado através de plataformas digitais (email) ou redes sociais (Facebook e Instagram).

A população é constituída por mães de crianças e jovens adolescentes até aos 18 anos de idade, que aceitem voluntariamente participar no estudo. A amostra será formada por conveniência, recorrendo à amostragem por redes ou em bola de neve em que as participantes selecionadas convidam novas participantes da sua rede de amigos e conhecidos.

Para salvaguardar a voluntariedade e autonomia das participantes, será colocada informação sobre a investigação no início do questionário assim como a declaração de aceitação de participação voluntária no estudo e a participante tem sempre a liberdade de deixar de participar no estudo ou de não concluir a submissão do questionário. A confidencialidade e anonimato são assegurados não sendo recolhidos os emails de resposta ao questionário através do link de acesso, e na divulgação dos resultados do estudo não serão publicados dados que permitam a identificação das participantes. Não há previsão de danos e a proponente considera a proposta de programa de intervenções como benefício resultante do estudo.

O início da recolha de dados está previsto para julho/agosto de 2020, recomendando-se que decorra após a emissão do Parecer desta Comissão.

Nos pressupostos anteriores, havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, sou de parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator:



Data: 15/07/2020 O Presidente da Comissão de Ética:

