

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

Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários
para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais

Ana Carolina Garcia Barros

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

Relatório Reflexivo

Professora Orientadora: Eva Menino

Leiria, Abril de 2025



Relatório de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de cuidados à família, em contexto de Unidade de Saúde Familiar, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação da Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino.

AGRADECIMENTOS

Quero deixar os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Eva Menino, por todo o apoio, disponibilidade e aconselhamento ao longo deste percurso.

À Enfermeira Lúcia Mota, por me acompanhar neste percurso. Por todos os conselhos e ensinamentos.

Aos meus colegas de mestrado, por partilharem este percurso comigo.

À minha família e amigos por me encorajarem a lutar pelos meus objetivos.

E também, agradecer a todos os outros que fizeram parte deste meu caminho.

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família, integrado no VIII Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. O percurso formativo decorreu em contexto de Unidade Saúde Familiar (USF) da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, permitindo o desenvolvimento progressivo de competências especializadas na prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidados. A prática clínica foi sustentada por referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar e por uma abordagem sistémica, sendo complementada por uma componente de prática baseada na evidência centrada nas necessidades de saúde especiais (NSE) em crianças, com particular enfoque no Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH). As NSE em crianças correspondem a condições que afetam a funcionalidade e requerem cuidados diferenciados, com impacto no desenvolvimento e bem-estar (OE, 2022). Estas crianças apresentam maior risco de problemas de saúde mental, exclusão social e dificuldades no acesso aos cuidados (OMS, 2023; Stevens et al., 2024). A presença de NSE implica desafios significativos para a família, nomeadamente *stress*, sobrecarga e impacto na saúde dos cuidadores (Stevens et al., 2024). A identificação precoce e a intervenção centrada na família são fundamentais para promover a adaptação e prevenir complicações (Okido et al., 2018). No caso do TDAH, enquanto perturbação frequente do neuro desenvolvimento, destaca-se a necessidade de reorganização familiar e de intervenções ajustadas às necessidades específicas (WHO, 2019; American Psychiatric Association, 2023; Wright & Leahey, 2011; Meleis, 2010).

Objetivos: Desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar em contexto de cuidados de saúde primários; Caracterizar o contexto da prática clínica; e, no âmbito da prática baseada na evidência, identificar crianças com NSE numa USF e avaliar o funcionamento de uma família com uma criança com diagnóstico de TDAH.

Metodologia: O relatório baseia-se numa abordagem descritiva e reflexiva do percurso de estágio, articulando uma análise crítica da prática clínica com uma componente de investigação. Esta integrou dois estudos, um quantitativo, com aplicação do *Children with Special Health Care Needs Screener* © (CSHCN Screener ©), e um estudo qualitativo, através de um estudo de caso de uma família com uma criança com TDAH. A avaliação familiar foi realizada com recurso ao Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, complementado por instrumentos validados, nomeadamente a escala APGAR Familiar, Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, Escala de García-González, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e FACES II.

Resultados: A prática clínica permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação e intervenção familiar, da tomada de decisão clínica e da articulação com a equipa multidisciplinar, evidenciando a importância da continuidade de cuidados nos CSP. No âmbito do estudo, verificou-se que as NSE nem sempre estão associadas a diagnósticos médicos, manifestando-se sobretudo ao nível da funcionalidade e necessidade de vigilância contínua. Observou-se que as famílias podem apresentar níveis adequados de adaptação e funcionalidade, mesmo na presença de uma criança com NSE, coexistindo, contudo, fatores de risco como o aumento do *stress* parental e a sobrecarga do cuidador principal.

Conclusão: O relatório evidencia que a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na resposta às necessidades das famílias em contexto de CSP, exigindo uma prática baseada na evidência, centrada na família e sustentada em modelos teóricos. A componente de investigação reforça a importância de uma abordagem multidimensional das NSE, centrada na funcionalidade e no impacto familiar. O desenvolvimento de competências ao longo do estágio permitiu consolidar uma prática autónoma, crítica e reflexiva, orientada

para a promoção da adaptação familiar, da resiliência e da qualidade dos cuidados. Apesar das limitações associadas à dimensão da amostra, os resultados obtidos contribuem para a valorização da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Enfermeiro Especialista; Necessidades de Saúde Especiais; TDAH; Criança; Família; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Background: This report is developed within the scope of the professional internship in Family Nursing, integrated in the 8th Master's Degree in Community Nursing, specializing in Family Health Nursing, at the School of Health Sciences of the Polytechnic Institute of Leiria. The training pathway took place in a Family Health Unit (FHU) of the Local Health Unit of the Leiria Region, enabling the progressive development of specialized competencies in the provision of family-centered care. Clinical practice was grounded in theoretical frameworks of Family Health Nursing and a systemic approach, complemented by an evidence-based practice component focused on children with special health care needs (CSHCN), with particular emphasis on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). CSHCN correspond to conditions that affect functionality and require differentiated care, impacting development and well-being (OE, 2022). These children are at increased risk of mental health problems, social exclusion, and difficulties in accessing healthcare (WHO, 2023; Stevens et al., 2024). The presence of CSHCN poses significant challenges for families, including stress, burden, and negative impacts on caregivers' health (Stevens et al., 2024). Early identification and family-centered intervention are essential to promote adaptation and prevent complications (Okido et al., 2018). In the case of ADHD, as a frequent neurodevelopmental disorder, there is a clear need for family reorganization and tailored interventions (WHO, 2019; American Psychiatric Association, 2023; Wright & Leahey, 2011; Meleis, 2010).

Objectives: To develop common and specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing within the context of primary health care; to characterize the clinical practice setting; and, within the scope of evidence-based practice, to identify children with CSHCN in a Family Health Unit and to assess the functioning of a family with a child diagnosed with ADHD.

Methods: This report is based on a descriptive and reflective approach to the internship pathway, combining critical analysis of clinical practice with a research component. This included two studies: a quantitative study using the *Children with Special Health Care Needs Screener* © (CSHCN Screener ©) and a qualitative study through a case study of a family with a child diagnosed with ADHD. Family assessment was conducted using the Calgary Family Assessment and Intervention Model, complemented by validated instruments, namely the Family APGAR, the Segovia-Dreyer Family Risk Scale, the García-González Family Risk Scale, the Holmes and Rahe Social Readjustment Rating Scale, and FACES II.

Results: Clinical practice enabled the development of competencies in family assessment and intervention, clinical decision-making, and interdisciplinary collaboration, highlighting the importance of continuity of care in primary health care. Within the research component, it was found that CSHCN are not always associated with formal medical diagnoses, being mainly expressed through functional limitations and the need for continuous monitoring. Families were found to present adequate levels of functioning and adaptation, even in the presence of a child with CSHCN, although risk factors such as increased parental stress and caregiver burden were also identified.

Conclusion: This report highlights that Family Health Nursing plays a central role in addressing family needs within primary health care, requiring an evidence-based, family-centered approach supported by theoretical models. The research component reinforces the importance of a multidimensional understanding of CSHCN, focused on functionality and family impact. The development of competencies throughout the internship allowed the consolidation of an autonomous, critical, and reflective practice, aimed at promoting family

adaptation, resilience, and quality of care. Despite limitations related to sample size, the findings contribute to valuing the role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing.

Keywords: Family Health Nursing; Specialist Nurse; Special Health Care Needs; ADHD; Child; Family; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

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

CSHCN Screener ©- Children with Special Health Care Needs Screener ©

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EC- Ensino Clínico

EEESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESSlei- Escola Superior de Saúde de Leiria

FACES II- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

ICPC- Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

MCAIF- Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF- Sistema de Monitorização de Unidades Funcionais

N- frequência absoluta

NSE- Necessidades de saúde especiais

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCCEE- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCSP- Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ULS-RL- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

USF- Unidade de Saúde Familiar

TDAH- Transtorno Défice de Atenção e Hiperatividade

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

SPSS- IBM Statistical Package for the Social Sciences

%- Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. BREVE EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	17
2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	19
2.1. Caraterização da USF B	19
2.2. Consultas de Enfermagem	22
2.3. Caraterização dos utentes do concelho onde se localiza a USF B	23
2.4. Caraterização dos utentes da USF B	26
2.4.1. Caraterização do ficheiro do enfermeiro de família.....	28
3. REFERENCIAIS TEÓRICOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	33
4. COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	40
4.1. Competências Comuns	40
4.2. Competências Específicas	42
5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	48
ESTUDO 1 – Identificação e caracterização de crianças com necessidades de saúde especiais na USF B.....	49
5.1. Enquadramento teórico.....	49
5.2. Metodologia	50
5.2.1. Tipo de estudo	50
5.2.2. População e Amostra	51
5.2.3. Instrumento da colheita de dados	51
5.2.5. Tratamento de dados.....	53
5.3. Resultados e discussão	53
5.4. Conclusão.....	57
ESTUDO 2 – Avaliação da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar numa família com uma criança com transtorno do défice de atenção e de hiperatividade em contexto de USF	57
5.5. Enquadramento teórico.....	57
5.6. Metodologia	59
5.6.1. Tipo de estudo	59
5.6.2. População e Amostra	60
5.6.3. Instrumentos da colheita de dados	60
5.6.4. Tratamento de dados.....	62

5.7. Resultados e Discussão	62
5.8. Conclusão.....	65
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
APENDICES	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- População residente no concelho onde se localiza a USF B (PORDATA, 2024).....	24
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Problemas dos utentes da USF B (ACSS, 2025b).....	27
Tabela 2- Distribuição dos Programas de Saúde e número de utentes no ficheiro da enfermeira de família (ACSS, 2025b).....	31
Tabela 3- Número de elementos relativamente ao sexo e idade mínima e máxima.....	53
Tabela 4- Número de elementos que cumprem medicação regular, histórico de internamentos hospitalares e número de internamentos hospitalares no último ano.....	54
Tabela 5- Resultados do CSHCN Screener por domínios.....	55
Tabela 6- Presença de diagnóstico clínico, tratamento farmacológico e responsável pelo tratamento.....	55
Tabela 7- Distribuição das áreas de diagnóstico médico	55
Tabela 8- Distribuição diagnósticos médicos identificados.....	56
Tabela 9- Resultados obtidos na aplicação dos instrumentos	63

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipologia de família do ficheiro da enfermeira orientadora	29
Gráfico 2- Distribuição das famílias por estágio de ciclo vital	31

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge integrado no VIII Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Leiria (ESSLei), do Instituto Politécnico de Leiria. O percurso formativo incluiu a realização de estágios numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Unidade Local de Saúde de Leiria (ULS Leiria), orientados pela Enfermeira Especialista Lúcia Mota e supervisionados pela docente Professora Doutora Eva Menino.

Este percurso integrou três momentos formativos que permitiram uma progressão gradual no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar. O primeiro estágio teve como principal finalidade a integração no contexto institucional, possibilitando a compreensão da organização e funcionamento da USF, da população inscrita e da dinâmica de trabalho da equipa multiprofissional, bem como da prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários.

O segundo estágio centrou-se no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), com enfoque na prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados, bem como a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Neste contexto, procurou-se promover a capacitação da família e a articulação com a equipa de saúde, mobilizando conhecimentos científicos e competências de gestão dos cuidados.

O terceiro estágio constituiu o momento de consolidação e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, permitindo a mobilização autónoma de competências especializadas em enfermagem de saúde familiar. Este estágio enquadra-se na unidade curricular de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família, em contexto de USF, com elaboração de relatório final, incidindo na área do conhecimento sobre avaliação e intervenção familiar em cuidados de saúde primários para famílias de crianças com necessidades de saúde especiais. A modalidade de estágio compreendeu um total de 297,5 horas, decorridas entre setembro de 2025 e janeiro de 2026, proporcionando uma vivência prolongada em contexto clínico e comunitário.

Este estágio teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, tanto no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista como no aprofundamento das competências específicas da enfermagem de saúde familiar, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade. Como objetivos específicos, definiu-se a implementação de processos de cuidados de enfermagem dirigidos à família, evidenciando um conhecimento aprofundado dos referenciais teóricos da enfermagem de saúde familiar; a aplicação, em contexto prático, dos conhecimentos científicos adquiridos ao longo do percurso formativo, promovendo padrões de prática baseados na evidência científica; e a análise da prática de cuidados desenvolvida em contexto real, sustentada nos conhecimentos teóricos e numa postura crítico-reflexiva.

De forma transversal, este estágio permitiu ainda o desenvolvimento de competências no âmbito da tomada de decisão e da resolução de situações complexas de saúde, bem como o fortalecimento da capacidade de reflexão sobre a aplicação integrada dos conhecimentos adquiridos, enquanto elementos fundamentais da prática especializada em enfermagem. Considera-se que o conjunto destes objetivos contribui para a formação de um futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar cuja prática se fundamenta numa abordagem holística e centrada na família, exigindo competências específicas e uma atuação autónoma, responsável e fundamentada, que garanta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2022).

Não existe uma enfermagem isolada, nem o pensamento acerca da enfermagem de forma isolada. O paradigma da transformação emerge do momento disciplinar onde as concepções de enfermagem evoluem com o evoluir da sua prática, em paralelo com a evolução do pensamento humano geral (Joaquim & Queirós, 2024).

Em contexto de USF, o enfermeiro de família acompanha as famílias ao longo de todo o ciclo vital. Este acompanhamento possibilita uma grande proximidade entre o enfermeiro e a família, permitindo o acompanhamento nas diversas transições de vida, sejam elas desenvolvimentais, situacionais, organizacionais ou mudanças do estado de saúde para doença (Meleis, 2010).

Atualmente, os cuidados dirigidos à família são desenvolvidos dentro de uma visão sistémica. Diversos autores contribuíram para esta mudança de paradigma com o desenvolvimento de modelos e teorias, como a Teoria Geral dos Sistemas, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), o Modelo Circunflexo dos Sistemas Conjugais e Familiares e a Teoria Biotecnológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, entre outros, que impulsionaram esta evolução na forma de cuidar. No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, é essencial que os enfermeiros compreendam profundamente como se processa a intervenção ao longo do ciclo vital familiar, reconhecendo a família como a principal unidade de atenção nos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2020).

Durante a prática clínica, foi possível contactar com diversas famílias com crianças com necessidades de saúde especiais (NSE). Estes núcleos familiares apresentam maior vulnerabilidade e requerem intervenções de enfermagem mais direcionadas e complexas. A transição associada ao processo de saúde-doença pode acarretar diversos desafios, particularmente no que se refere à capacidade da família de se ajustar à condição da criança. Enquanto futura EEESF, emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre crianças com NSE, bem como compreender de forma mais aprofundada as dinâmicas que caracterizam os seus sistemas familiares. A partir deste interesse foi desenvolvido um trabalho de investigação, intitulado “Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias com Crianças com Necessidades Especiais”, onde foram desenvolvidos dois estudos de investigação intitulados: estudo 1- Identificação e caracterização de crianças com NSE na USF B e o estudo 2- Avaliação da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar numa família com criança com TDAH na USF B.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes. Numa primeira fase é apresentada a caracterização do Centro de Saúde onde se insere a USF, bem como da própria unidade e dos utentes e carteira de serviços. Numa segunda parte são exploradas, de forma sucinta, as consultas de enfermagem. Posteriormente, é apresentado o referencial teórico que sustentou a prática clínica, através da abordagem de diferentes teorias e modelos que enquadram o conceito de família numa perspetiva sistémica. Seguidamente, é realizada uma reflexão acerca das competências comuns e das competências específicas do EEESF desenvolvidas ao longo deste percurso académico. No quarto capítulo é abordada a componente prática especializada baseada na evidência, através da apresentação do trabalho de investigação desenvolvido.

Por fim, apresenta-se a conclusão, na qual se procede a uma reflexão global sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, bem como sobre as dificuldades e limitações identificadas durante o processo. Esta reflexão evidencia ainda a importância destas aprendizagens para o desenvolvimento futuro, tanto a nível pessoal como no exercício do papel de Enfermeiro Especialista.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as orientações definidas pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, constantes no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos, tendo sido adotadas as normas de referência da American Psychological Association (APA), 7.ª ed

1. BREVE EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A Enfermagem tem desempenhado um papel central no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, acompanhando a evolução do sistema de saúde e respondendo de forma contínua às necessidades emergentes da população. Antes da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, a atuação dos enfermeiros em cuidados de proximidade estava maioritariamente associada a atividades de carácter assistencial e de saúde ambiental, centradas no controlo de doenças transmissíveis, vacinação, vigilância materno-infantil e educação para a saúde. Estas intervenções eram frequentemente desenvolvidas em postos médicos, serviços de saúde pública e com recurso a visitas domiciliárias, refletindo uma prática fortemente orientada para a comunidade e para a prevenção básica da doença (Pereira, 2012; Silva & Moreira, 2014).

Com a criação do SNS, a enfermagem passou a integrar de forma estruturada os serviços de saúde, assumindo um papel mais consistente na prestação de cuidados à população. A criação dos centros de saúde permitiu ampliar o campo de intervenção dos enfermeiros, que passaram a desenvolver funções técnicas, educativas e preventivas, promovendo a saúde e prevenindo a doença ao longo do ciclo vital. Apesar desta evolução, a prática de enfermagem nos CSP caracterizava-se ainda por uma autonomia profissional limitada e por um reconhecimento formal reduzido das competências específicas da profissão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015; Almeida, 2016).

A partir da década de 1990 verificou-se uma progressiva consolidação da enfermagem nos CSP, impulsionada pelo reforço da formação académica e pela incorporação de modelos teóricos próprios da disciplina. Neste contexto, os enfermeiros passaram a adotar uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, valorizando intervenções holísticas e sistémicas. A família passou a ser reconhecida como unidade de cuidados, permitindo compreender de forma mais abrangente os determinantes sociais e relacionais que influenciam a saúde individual e coletiva (Relvas, 2006; Gomes et al., 2013).

O início do século XXI trouxe mudanças estruturais com a reforma dos CSP, iniciada em 2005, que culminou com a criação das USF. Este modelo organizacional introduziu novas formas de gestão e maior autonomia das equipas de saúde, favorecendo a melhoria da acessibilidade, da qualidade e da eficiência dos cuidados. Neste contexto, os enfermeiros passaram a assumir um papel mais ativo na vigilância de grupos vulneráveis, na implementação de programas de saúde prioritários e na monitorização de indicadores de desempenho assistencial (Ministério da Saúde, 2006; Biscaia & Heleno, 2017).

Paralelamente, a enfermagem de saúde familiar consolidou-se como área de especialização formalmente reconhecida pela OE. O Regulamento n.º 428/2018 define as competências específicas do EEESF, destacando a avaliação e intervenção junto da família enquanto unidade de cuidados, a promoção da capacitação familiar ao longo do ciclo vital, a gestão dos cuidados e a articulação com os diferentes recursos da comunidade (OE, 2018). Estas competências assumem particular relevância no contexto dos CSP, onde o acompanhamento longitudinal das famílias permite desenvolver intervenções de proximidade centradas na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações complexas.

Neste enquadramento, o EEESF assume um papel fundamental na avaliação das dinâmicas familiares, na promoção da parentalidade positiva, na prevenção de comportamentos de risco e no acompanhamento de situações de doença crónica ou necessidades de saúde especiais. A intervenção do EEESF visa não apenas responder às necessidades de saúde individuais, mas também fortalecer a capacidade adaptativa da família

perante processos de transição associados ao desenvolvimento ou à doença, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e para a literacia em saúde das famílias (Figueiredo, 2020; OE, 2018).

A recente criação das Unidades Locais de Saúde reforçou ainda mais a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, exigindo maior coordenação e continuidade na prestação de cuidados. Nesta oportunidade, os enfermeiros desempenham um papel relevante na gestão de transições de cuidados, na articulação entre cuidados primários, hospitalares e continuados, e na promoção de uma abordagem integrada centrada na pessoa e na família (Ministério da Saúde, 2022; Lopes et al., 2021).

O estágio que sustenta o presente relatório decorreu numa USF integrada na ULS de Leiria, contexto no qual foi possível observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa e à família ao longo do ciclo vital. A prática desenvolvida neste contexto permitiu mobilizar as competências definidas para o EEESF, nomeadamente no âmbito da avaliação familiar, da implementação de intervenções de enfermagem centradas na família e da articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A caracterização da unidade de saúde e dos seus indicadores constitui, assim, um elemento fundamental para compreender o contexto onde decorreu a prática clínica e onde se desenvolveram as competências especializadas descritas neste relatório. Este enquadramento permite relacionar a evolução histórica e organizacional dos CSP com a prática atual do EEESF, evidenciando a relevância desta área de especialização na resposta às necessidades de saúde da população.

Nos últimos anos, a enfermagem nos CSP tem vindo a evoluir para práticas cada vez mais autónomas, baseadas na evidência científica e apoiadas em tecnologias de informação em saúde. A incorporação de ferramentas digitais e sistemas de informação clínica tem contribuído para melhorar a gestão de cuidados, a monitorização de indicadores de saúde e a resposta a desafios como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e a complexidade das necessidades em saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2023; Carvalho & Marques, 2022).

Neste sentido, o EEESF assume-se como um elemento central na sustentabilidade do SNS, contribuindo para o desenvolvimento de cuidados integrados, humanizados e centrados na família. A evolução da enfermagem ao longo das últimas décadas evidencia um percurso de crescente profissionalização, especialização e reconhecimento social, reforçando o papel estratégico desta profissão na melhoria dos ganhos em saúde da população e na construção de sistemas de saúde mais eficientes e equitativos (OE, 2015; Biscaia & Heleno, 2017).

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

2.1. Caracterização da USF B

A USF B está inserida na Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS-RL), de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do SNS (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2025a).

O novo regime estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de Setembro veio formalizar a extinção das anteriores administrações Regional de Saúde, nomeadamente da Administração Regional de Saúde (ARS). A transição da ARS Centro para a ULS-RL foi parte de uma reorganização do SNS iniciada em janeiro de 2024. O objetivo principal foi integrar os cuidados hospitalares e de saúde primários sob uma gestão única, promovendo maior proximidade e eficiência no atendimento aos utentes (Decreto-Lei n.º 54/2024, 2024).

A área de influência da ULS-RL abrange a população dos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pombal e Porto de Mós. (ACSS, 2025a). Segundo a informação fornecida no BI-CSP, o Centro de Saúde De Alcobaça é um dos Centros de Saúde inseridos na ULS-RL, onde se insere a USF onde foi realizada a prática clínica, intitulada ao longo do relatório como USF B, por questões de privacidade, e outras três USF, assim como uma Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) (ACSS, 2025a).

O Decreto-Lei nº103/2023 surgiu em 2023, referindo a transição das USF modelo A para modelo B em 2024. No entanto, importa ressaltar que a USF B iniciou atividade a 30 de Dezembro de 2009, classificada como modelo B. O modelo B distingue-se pelo regime remuneratório baseado no desempenho, incentivando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2023). Esta inserção numa estrutura funcional mais ampla é estrategicamente relevante para o EEESF, na medida em que facilita a referência, a articulação interprofissional e a mobilização de recursos comunitários e institucionais, aspetos essenciais quando a intervenção incide sobre famílias com necessidades complexas, processos de transição ou situações de vulnerabilidade. Neste sentido, a organização da unidade não deve ser entendida apenas como enquadramento administrativo, mas como condição facilitadora do exercício das competências específicas definidas no Regulamento n.º 428/2018, nomeadamente cuidar a família enquanto unidade de cuidados e liderar ou colaborar em processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar. O modelo organizacional da USF B favorece, assim, uma prática profissional mais autónoma, planeada e centrada em objetivos, compatível com o desenvolvimento de intervenções familiares baseadas na avaliação sistemática das necessidades e na priorização em função dos indicadores da unidade.

Apesar de estar inserida no Centro de Saúde de Alcobaça, a sede da USF B situa-se em instalações físicas próprias, que apresenta um horário das 8h30 às 19h30 em dias úteis, exceto à terça-feira que encerra das 14h às 16h por reunião semanal da equipa, que visa a formação dos profissionais, discussão de temáticas da USF ou outras questões prioritizadas (USF B, 2025).

Trata-se de um edifício rés-do-chão, com boas condições de espaço e luminosidade, encontra-se bem sinalizado, o que facilita a orientação dos utentes e não existem barreiras arquitetónicas a utentes de mobilidade reduzida. Para além disso, esta USF apresenta um Pólo a sete quilómetros de distância, que se encontra aberto de segunda a quinta-feira com o horário das 9h às 13h. Na ausência de profissionais de saúde no Polo, os utentes terão de se deslocar à sede. A consulta de intersubstituição é utilizada quando há ausência

de enfermeiros ou de médicos, tendo como objetivo dar resposta aos casos de agravamento da doença crónica, situações agudas ou doenças súbitas.

De acordo com o regulamento interno da USF B (2025), o acesso dos cidadãos inscritos à carteira de serviços é assegurado através de diferentes tipologias de consulta, ajustadas às necessidades de saúde identificadas.

- a) A consulta programada pode ser desencadeada por iniciativa do utente ou da própria equipa de saúde familiar, destinando-se à vigilância da saúde e ao acompanhamento da doença crónica, em consonância com o plano individual de cuidados previamente acordado. Estas consultas são agendadas com antecedência, preferencialmente no horário da respetiva equipa de saúde familiar, têm a duração média de vinte minutos e inserem-se nos programas de saúde do adulto, saúde materna, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar e diabetes.
- b) A consulta aberta é solicitada por iniciativa do utente e destina-se ao atendimento no próprio dia de situações agudas, de agravamento súbito de problemas de saúde previamente existentes ou de intersubstituição. Este tipo de consulta tem uma duração prevista de quinze minutos.
- c) A visita domiciliária corresponde a uma consulta realizada no domicílio do cidadão, destinada a pessoas em situação de dependência ou cujo estado de saúde, devidamente comprovado, impossibilite a deslocação à unidade. Pode assumir as características de consulta programada ou de consulta aberta, sendo que, neste último caso, e sempre que a situação clínica se enquadre no âmbito dos cuidados de saúde primários, é garantida uma resposta em tempo útil, de modo a não comprometer o estado de saúde do utente. A duração prevista para a visita domiciliária é de sessenta minutos, incluindo o tempo de deslocação, estando os critérios de elegibilidade associados a recém-nascidos, puérperas e doentes dependentes ou incapacitados de se deslocarem à USF.

O agendamento das diferentes tipologias de consulta pode ser efetuado ao longo de todo o horário de funcionamento da USF, com recurso a diversos meios de comunicação, nomeadamente presencialmente, por via telefónica, eAgenda/internet, correio eletrónico ou correio, podendo ser realizado pelo próprio utente ou por terceiros (USF B, 2025).

A estrutura e funcionamento da USF B, com sede própria, polo assistencial, consultas programadas, consulta aberta e visita domiciliária, oferecem condições concretas para operacionalizar cuidados centrados na família ao longo do ciclo vital. Em particular, a visita domiciliária constitui uma estratégia privilegiada para a prática do EEESF, pois permite avaliar a família no seu contexto real, compreender dinâmicas relacionais, identificar fatores facilitadores e constrangimentos, e intervir de forma mais ajustada nas transições familiares, nomeadamente nas situações de nascimento, doença crónica, dependência e vulnerabilidade social. A existência de acompanhamento domiciliário ao recém-nascido e puérpera, bem como a resposta a utentes dependentes ou com limitação de mobilidade, demonstra que a organização da unidade cria oportunidades concretas para intervenções familiares diferenciadas e para a continuidade dos cuidados.

Do mesmo modo, a carteira de serviços da USF B, que inclui saúde materna, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, diabetes, hipertensão arterial, saúde do adulto e cuidados domiciliários, evidencia áreas nucleares da prática do EEESF. Estas respostas permitem acompanhar as famílias em diferentes etapas do ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção, em consonância com as competências definidas no Regulamento n.º 428/2018. A articulação preferencial entre médico e enfermeiro de família em programas como saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e diabetes reforça ainda a natureza interdisciplinar da intervenção, favorecendo uma abordagem sistémica e continuada das necessidades familiares.

A marcação das consultas do próprio dia é efetuada até as dezanove horas. Sempre que seja previsível que o atendimento ultrapasse o horário de funcionamento ou em situações de urgência/emergência, os utentes devem ser encaminhados para locais de assistências alternativa, conforme indicação da Saúde 24, nomeadamente o Serviço de Atendimento Complementar, Serviço de Urgência do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira ou Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André.

Encontram-se definidos critérios de acesso à consulta do próprio dia, nomeadamente: utentes que referem o aparecimento de sintoma súbito que surgiu nos últimos três dias (febre, tosse, vômitos, diarreia, cefaleias, mialgias, dores osteoarticulares, odinofagias, otalgias, lombalgias e queixas urinárias), utentes com dispneia, taquicardia e crise hipertensiva sintomática, descompensação da doença crónica ou traumatismos ou feridas sem tratamento programado (USF B, 2025).

A USF B “tem como missão contribuir para a expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, tendo como objetivo a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha do SNS” (ACSS, 2025a). Desta forma, a visão desta instituição é “garantir acesso a cuidados de proximidade, com resolubilidade, continuidade, qualidade e eficiência, contribuindo para um SNS baseado nos Cuidados de Saúde Primários, promotor de equidade” (ACSS, 2025a).

É constituída por uma equipa multiprofissional que trabalha em uníssono e com o mesmo objetivo, cuidados eficientes tendo em vista as necessidades das suas famílias (ACSS, 2025a). Apresenta uma equipa de cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro assistentes técnicas e três internos. Para além disso, apresenta um Conselho Técnico que é responsável pela parte técnico-científica e é constituído por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico (USF B, 2025).

Ao analisarmos o valor de unidades ponderadas atribuído à USF B, descrito no BI-CSP presente no Anexo I deste trabalho, correspondente a 11993 unidades, é possível afirmar que a equipa atende um número elevado de utentes, incluindo casos complexos que exigem mais tempo e recursos, mas também está a cumprir bem os indicadores de qualidade, eficiência e acessibilidades exigidos pelo sistema.

Em 2023, a média nacional de unidades ponderadas por enfermeiros de família em USF tipo B estava em torno de 1927 unidades ponderadas, correspondendo a aproximadamente 1550 utentes por lista. (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023). Podemos concluir que, com 11993 unidades ponderadas, a USF B apresenta um desempenho significativamente superior à média nacional, o que reflete uma elevada carga de trabalho e complexidade nos cuidados prestados.

Relativamente à atividade de enfermagem, há alguns indicadores que a USF deverá melhorar para aumentar o índice de desempenho global, sendo estes: Indicador 5 “Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família”; Indicador 9 “Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (realizados enfermeiro); Indicador 18- “Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)”; Indicador 33 “Proporção de utentes com $\geq 14^a$ com IMC nos últimos 3 anos”; Indicador 57 “Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6.º dia”; Indicador 59 “Proporção crianças 2 anos com o peso e altura (1 ano)”; Indicador 93 “Proporção crianças 2A c/ PNV cumprido ou em execução”; Indicador 98 – “Proporção utentes ≥ 25 anos com vacina do tétano”; Indicador 261 – “Proporção utentes DM com registo risco úlcera no pé” e Indicador 294 “Taxas domicílios enfermagem p/ 10000 inscritos idosos” (ACSS, 2025).

Estes indicadores não devem ser vistos apenas como objetivos institucionais, mas como sinais de necessidades familiares e comunitárias que justificam prioridades de atuação do EEESF. A necessidade de melhorar a proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família remete para a importância da

continuidade relacional e terapêutica, essencial na construção de vínculo com a família. Os indicadores ligados ao planeamento familiar, saúde materna, recém-nascido e vacinação infantil evidenciam a pertinência de intervenções centradas na parentalidade, transição para a maternidade/paternidade e promoção da literacia em saúde. Já os indicadores associados à hipertensão, diabetes, IMC e domicílios apontam para a relevância da intervenção junto de famílias com doença crónica, dependência, envelhecimento e necessidade de adaptação do sistema familiar às exigências do cuidar.

Por último, é importante referir que é estabelecida uma relação de entreaajuda entre a USF e os diversos recursos existentes na área de influência, sendo estes:

- Recursos da comunidade: escolas, lares, instituições particulares de solidariedade social e juntas de Freguesia;
- Recursos sociais: Atestado Medico de Incapacidade Multiusos, pensão de invalidez, complemento por dependência, comparticipação de fraldas e de medicamentos.

Neste enquadramento, a organização da USF B ganha significado estratégico para o ensino clínico e para o desenvolvimento de competências especializadas. O contexto observado permitiu compreender que a prática do EEESF se concretiza não apenas no contacto individual com o utente, mas sobretudo na capacidade de avaliar a família como unidade de cuidados, planear intervenções ajustadas ao ciclo vital e às transições vividas, mobilizar recursos comunitários e colaborar com a equipa multiprofissional na resposta a necessidades complexas. Assim, a caracterização da unidade e dos seus indicadores não constitui apenas uma descrição do local de ensino clínico, mas um elemento fundamental para justificar as prioridades de intervenção familiar e enquadrar a prática clínica desenvolvida ao longo do relatório.

2.2. Consultas de Enfermagem

As consultas de enfermagem na USF B são realizadas maioritariamente e, sempre que possível, pelo enfermeiro de família responsável pelo utente/família em questão. Podem ser consultas programadas, consultas abertas ou estar associadas a programas nacionais, tendo dias e horários específicos definidos. O campo de atuação abrange os cuidados mais gerais aos cuidados mais específicos, relacionados com a família. São consideradas integralmente todas as etapas do ciclo de vida, bem como os contextos sociais e económicos que envolvem os indivíduos, atuando em colaboração e complementaridade com os demais profissionais de saúde e recursos disponíveis na comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

Desta forma, a prática dos enfermeiros na USF B está alicerçada em diversas bases teóricas da enfermagem que orientam para uma abordagem centrada na pessoa, na família e comunidade, sendo que, apesar do modelo teórico utilizado preferencialmente nesta USF ser o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar para a avaliação e intervenção nas famílias, também pela sua fácil aplicação através do registo informático no, SClínico®, considero que uma das teorias que oferece um contributo igualmente relevante para a prática clínica é a Teoria das Transições de Afaf Meleis, mas também a Teoria Da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

A Teoria das Transições proporciona um enquadramento conceptual sólido para compreender e intervir nas diferentes fases de transição que os indivíduos e as famílias experienciam ao longo do ciclo da vida, como a parentalidade, a doença crónica, o envelhecimento, a reforma ou o luto. Segundo Meleis (2010), as transições são processos complexos e multidimensionais que envolvem mudanças nas condições de vida, identidade, papéis, relações sociais e padrões de comportamento. Estes processos podem ser desencadeados por eventos

críticos, como diagnósticos de doenças graves, mudanças no estado de saúde ou alterações no ambiente social e familiar. Para além disso, a Teoria das Transições enfatiza a importância da espiritualidade como uma dimensão crítica nos processos de transição, reconhecendo-a como um elemento inerente e integral aos fundamentos da teoria (Martins & Caldeira, 2021).

Atendendo às condicionantes sociais e culturais que definem e envolvem a pessoa e como estas dimensões influenciam a sua saúde, a aplicação da teoria de Madeleine Leininger, na prática clínica, permite proporcionar cuidados culturalmente concordantes que promovam a saúde e o bem estar dos indivíduos, bem como cria um modelo que propicie conhecimento transcultural adaptado à enfermagem e assim possibilita a aplicação de melhores práticas de cuidados pelos enfermeiros em contexto de USF, mas também a nível internacional (MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Os enfermeiros de família, ao desenvolverem competências culturais, tendo por base a teoria referida anteriormente, estarão mais capacitados na promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado e readaptação funcional, representando, deste modo, a qualidade dos cuidados de enfermagem (Vilela *et al.*, 2024).

Para além dos pilares teóricos, as consultas de enfermagem são realizadas segundo programas de saúde existentes em Portugal, sendo efetuadas para o indivíduo, que se encontra integrado numa família. Na consulta, aproveita-se para compreender as necessidades da família e, em colaboração com ela, desenvolver um plano de cuidados que considera as dimensões individuais, interpessoais e sistémicas, adotando uma abordagem holística. Além da promoção da saúde, a USF disponibiliza à população diversos rastreios para a deteção precoce de neoplasias e outras patologias.

2.3. Caracterização dos utentes do concelho onde se localiza a USF B

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner, tem evoluído ao longo do tempo, passando de um enfoque exclusivo no ambiente para um modelo mais abrangente, que considera quatro elementos centrais: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. Neste modelo, o contexto é entendido como qualquer circunstância ou condição externa ao indivíduo que possa influenciar o seu desenvolvimento, assim como ser influenciado por este (Tudge, Mokrova, Hatfield, & Karnik, 2009). A compreensão destes parâmetros permite aos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, analisar o indivíduo de forma mais holística e planear intervenções adequadas às suas necessidades.

Antes de se proceder à caracterização sociodemográfica da população do concelho, importa enquadrar a organização dos cuidados de saúde primários na área geográfica onde se insere a USF B. O concelho dispõe de uma rede de cuidados de saúde estruturada, composta por quatro USF, uma UCSP e uma UCC, assegurando uma resposta integrada e articulada às necessidades de saúde da população.

A USF B está localizada num concelho com 58973 habitantes distribuídos por 16835 famílias. Destas, 26,2% apresentam idade igual ou superior a 65 anos; 11,6% apresentam idades inferiores a 15 anos e, 62,2% apresentam idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, como podemos observar na Figura 1. (PORDATA, 2024).

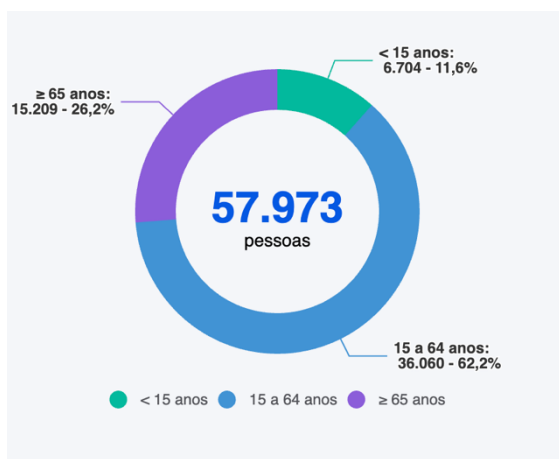


Figura 1- População residente no concelho onde se localiza a USF B (PORDATA, 2024)

Ao observarmos o índice de envelhecimento foi possível analisar que, em 2021, existiam aproximadamente 183 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos, número que aumentou para cerca de 189 idosos por cada 100 jovens em 2024 (PORDATA, 2024). Este crescimento do índice traduz uma redução relativa da população jovem e/ou um aumento da população idosa, refletindo tendências demográficas marcadas pela diminuição da taxa de natalidade, pelo aumento da esperança média de vida e pela evolução dos padrões familiares. O aumento observado entre 2021 e 2024, ainda que moderado, confirma a continuidade do processo de envelhecimento populacional, sem sinais de inversão.

Do ponto de vista da prática do EEESF, este perfil demográfico implica priorizar intervenções familiares dirigidas à gestão da cronicidade, da morbilidade e da dependência funcional. A elevada proporção de população idosa está frequentemente associada a maior prevalência de doenças crónicas, risco de fragilidade, quedas, desnutrição e necessidade de apoio ao cuidador informal. Neste contexto, torna-se fundamental desenvolver planos familiares de prevenção da fragilidade, gestão da terapêutica, promoção do envelhecimento ativo e capacitação dos cuidadores, em articulação com a equipa multiprofissional e com os recursos da comunidade.

A taxa bruta de natalidade, que corresponde ao número de nados-vivos por cada 1 000 habitantes num determinado período, apresenta um valor de 7,5 ‰. Este valor indica que, por cada mil habitantes, ocorrem aproximadamente sete a oito nascimentos por ano (PORDATA, 2024). Este valor é considerado baixo, refletindo uma reduzida fecundidade e uma tendência de diminuição do número de nascimentos, fenómeno que se tem vindo a observar de forma consistente em Portugal nas últimas décadas. A baixa taxa de natalidade contribui diretamente para o envelhecimento demográfico, uma vez que o número de nascimentos é insuficiente.²

Para o EEESF, este contexto reforça a importância da intervenção junto das famílias com crianças, nomeadamente através da promoção da parentalidade positiva, vigilância do desenvolvimento infantil, promoção da literacia em saúde e reforço da adesão ao Programa Nacional de Vacinação. Para além disso, assume particular relevância a deteção precoce de necessidades de saúde especiais na infância, permitindo uma intervenção atempada e a articulação com os recursos disponíveis na comunidade.

Nas últimas décadas, têm-se verificado transformações profundas na composição e organização das famílias. Atualmente, o número médio de pessoas por família situa-se em cerca de 2,7 elementos, valor que contrasta com a realidade observada no início da década de 1990, período em que os agregados familiares eram, em

média, constituídos por quatro elementos (PORDATA, 2021). Esta diminuição progressiva da dimensão familiar reflete alterações sociais, económicas e demográficas, contribuindo para o aumento de situações de isolamento social, sobretudo entre a população idosa.

A região centro destaca-se, inclusivamente, como a área do país com maior proporção de idosos a residirem sozinhos, fenómeno intimamente relacionado com o envelhecimento populacional, a redução da natalidade e a reorganização das estruturas familiares tradicionais (PORDATA, 2022). Este contexto constitui um desafio importante para os cuidados de saúde primários, exigindo maior atenção à identificação de situações de vulnerabilidade social, isolamento e risco de negligência ou incapacidade de autocuidado.

Neste sentido, a intervenção do EEESF deve privilegiar estratégias de acompanhamento domiciliário, avaliação da funcionalidade familiar e articulação com recursos sociais e comunitários, promovendo a continuidade de cuidados e o apoio aos idosos em situação de maior vulnerabilidade.

Paralelamente, observa-se um aumento significativo das famílias monoparentais, caracterizadas pela presença de apenas um progenitor responsável por um ou mais filhos. Na região centro, este tipo de agregado representava cerca de 8% das famílias em 1992, tendo aumentado para aproximadamente 16% na atualidade, o que evidencia uma duplicação da sua expressão ao longo do tempo (PORDATA, 2021). Este crescimento pode estar associado a múltiplos fatores sociais, incluindo o aumento das taxas de divórcio e as dinâmicas migratórias.

No concelho em análise, a proporção de divórcios aumentou de 5,7 por cada 100 casamentos em 1984 para 25,3 na atualidade (PORDATA, 2022), refletindo alterações nos modelos conjugais. Simultaneamente, os movimentos migratórios intensificaram-se: a emigração passou de 3,6 para 6,9 indivíduos por mil habitantes desde 1960, enquanto a imigração registou um crescimento expressivo, com o número de residentes estrangeiros em Portugal a aumentar de cerca de 20 mil em 2008 para aproximadamente 60 mil nos últimos anos (PORDATA, 2022). Este fenómeno introduz novos desafios para os cuidados de saúde primários, nomeadamente no que se refere à adaptação cultural, à mediação linguística e à adequação das estratégias de educação para a saúde às características socioculturais das famílias. Neste contexto, o EEESF assume um papel fundamental na promoção de cuidados culturalmente competentes, no estabelecimento de relações terapêuticas eficazes e na articulação com recursos comunitários que facilitem a integração social e o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

A análise do contexto demográfico, social e familiar do território onde se insere a USF B revela um conjunto de características que influenciam diretamente o planeamento dos cuidados de enfermagem em saúde familiar. O envelhecimento populacional, a redução da dimensão dos agregados familiares, o aumento de situações de isolamento social e as transformações nas estruturas familiares configuram um cenário que exige intervenções centradas na família enquanto unidade de cuidados, ao longo de todo o ciclo vital. Neste enquadramento, o EEESF assume um papel determinante na identificação precoce de necessidades de saúde, na capacitação das famílias para a gestão da saúde e da doença e na articulação com os diferentes recursos comunitários. Assim, a compreensão das características sociodemográficas da população constitui um elemento fundamental para orientar a prática clínica especializada, permitindo definir prioridades de intervenção e desenvolver planos de cuidados familiares ajustados às necessidades identificadas. Este enquadramento ganha particular relevância no âmbito do presente relatório, uma vez que sustenta a intervenção desenvolvida junto de famílias com crianças com NSE, grupo que frequentemente exige uma abordagem integrada, contínua e centrada nas dinâmicas familiares.

2.4. Caracterização dos utentes da USF B

Foram recolhidos dados através dos sistemas informáticos SClínico®, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), no sentido de permitir uma melhor caracterização dos utentes abrangidos na USF B. Estes dados foram consultados em Abril de 2025.

A USF B disponibiliza toda a sua carteira básica de Serviços aos utentes inscritos residentes na área geográfica correspondente. Para além disso, presta assistência a muitos outros utentes que, embora não pertençam à área geográfica, optaram pelos serviços, como verifica-se nos dados referentes ao ficheiro da Enfermeira Orientadora, no MIM@UF (Anexo II). Nestas situações, existem limitações previstas na legislação em vigor sobre os cuidados domiciliários.

De acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes, no BI-CSP, são contabilizados um total de 8782 utentes inscritos, sendo que todos os utentes inscritos apresentam médico de família, correspondendo a um total de 4278 (48%) homens e 4504 (51%) mulheres, observando-se uma homogeneidade no que se refere ao sexo na maioria dos grupos etários (Anexo I) (SNS,s.d.a).

Ainda segundo os dados presentes no BI-CSP (Anexo I), é possível validar que o índice de Dependência Total é de 60,55%, sendo 43,3% o índice de dependência de idosos (idade igual ou superior a 65 anos) e 17,15% de dependência de jovens (inferior a 15 anos); o grupo etário mais frequente encontra-se entre os 50 e os 54 anos. Verifica-se também que 6,9% (frequência absoluta (n)=610) são crianças; 8,3% (n=729) são adolescentes e 19,5% (n=1715) são mulheres que se encontram em período fértil.

A análise da estrutura etária da população da USF B evidencia que esta população apresenta um perfil significativamente envelhecido. Observa-se que a proporção de idosos (pessoas com 65 anos ou mais) é elevada, refletindo a necessidade de cuidados de saúde mais frequentes e complexos, característicos desta faixa etária.

Em Portugal, o índice de dependência total previsto em 2025 é de aproximadamente 60,4%, indicando que, por cada 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos), existem cerca de 60 dependentes, sendo a maior parte composta por idosos (World Economics, 2025). Este valor traduz um aumento contínuo da proporção de idosos na população, evidenciando uma pressão crescente sobre os sistemas de saúde e sobre a população ativa economicamente. Comparando este valor com a população da USF B, verifica-se que a proporção de utentes idosos é ainda superior à média nacional, o que confirma que a USF B atende predominantemente a uma população envelhecida.

Em Portugal tem-se observado uma afluência notória de migrantes, dados que traduzem um acréscimo multicultural. Este aumento tem-se vindo a verificar com o passar dos anos, afirmando-se que “em 2020 verificou-se, assim, pelo quinto ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 12,2% face a 2019, totalizando 662095 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, valor mais elevado registado pelo Serviço de estrangeiros e fronteiras” (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020). Face a estes dados, podemos considerar um aumento de imigrantes a nível nacional que se traduz a um aumento de utentes estrangeiros na USF B, sugerindo uma população de utentes cada vez mais multicultural. Apesar de não ter dados disponíveis sobre a nacionalidade dos utentes inscritos na USF, posso validar que durante o período de estágio, contactei com famílias de diferentes nacionalidades e culturas, nomeadamente famílias provenientes do Brasil, Índia e Nepal. É possível concluir que o ficheiro em causa

incorpora um número considerável de famílias estrangeiras, como consequência da migração recente e da multiculturalidade, o que evidencia fracas redes de apoio e vulnerabilidade na área da saúde.

A Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC) é uma ferramenta que possibilita fornecer uma linguagem comum para a comunicação e o registo de informações sobre a saúde em CSP, permitindo a comparação e o acesso a dados de diferentes lugares e contextos, promovendo a qualidade, sendo a versão mais atualizada correspondente a Dezembro de 2020. (Van Boven & Ten Napel, 2022). Nesta codificação são definidas diferentes áreas de problemas com os respetivos códigos, os quais estão relacionados com diagnósticos médicos, essenciais aos indicadores de desempenho da USF (Melo, 2012). Através da análise desta classificação na USF B, podemos constatar que estão presentes diversas condições e patologias agudas e crónicas na população que a mesma abrange, encontrando-se estas divididas por sistemas corporais. Os principais problemas encontram-se representados na tabela abaixo (Tabela 1), sendo que estes dados dizem respeito ao ano de 2024 e encontram-se disponíveis no MIM@UF. A coluna “Quantidade” representa o número de utentes com o problema específico.

Área ICPC	PROBLEMA	QUANTIDADE
Aparelho Circulatório	Hipertensão sem complicações	4466
	Hipertensão com complicações	1030
	Fibrilhação/ Flutter Auricular	349
Aparelho Digestivo	Neoplasia do Aparelho Digestivo Benigna	307
	Doenças dos dentes/ Gengivas	365
	Alterações Funcionais do Estômago	297
Aparelho Respiratório	Asma	423
	Rinite Alérgica	382
	Infeção Aguda Do Aparelho Respiratório Superior	811
Endócrino, Metabólico e Nutricional	Alterações do metabolismo de lípidos	2682
	Diabetes não insulino dependente	2554
	Obesidade	1285
Psicológico	Perturbação do sono	801
	Abuso de Tabaco	593
	Distúrbio ansioso/ estado de ansiedade	408
Pele	Dermatite/ Eczema Atópico	136
	Úlcera Crónica da Pele	110
	Quisto sebáceo	96
Sistema Músculo-Esquelético	Síndrome vertebral com irradiação de dores	1213
	Bursite/ tendinite	1330
	Osteoartrose do joelho	443

Tabela 1 – Problemas dos utentes da USF B (ACSS, 2025b)

A análise dos dados fornecidos (Tabela 1) permitem identificar os principais problemas de saúde dos utentes da USF, segundo a ICPC. Estes dados são fundamentais para compreender o perfil epidemiológico da população e orientar a gestão de recursos e estratégias de intervenção clínica.

A maior carga de morbilidade entre os utentes é representada pela presença do diagnóstico de hipertensão (com ou sem complicações), destacando-se também as alterações do metabolismo de lípidos e diabetes não insulino-tratada, assim como a obesidade, que espelham a existência de estilos de vida sedentários e alimentação inadequada. Também a existência de um elevado número de ocorrências no Sistema Músculo-Esquelético, em particular na síndrome vertebral com irradiação de dores e bursite/ tendinite sugerem um impacto significativo de doenças osteoarticulares e musculares, frequentemente associada a fatores laborais ou envelhecimento da população.

2.4.1. Caraterização do ficheiro do enfermeiro de família

É evidente a importância da caracterização das famílias no ficheiro do enfermeiro de família enquanto instrumento fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e centrados na família. Este registo sistemático permite conhecer a composição familiar, o ciclo vital, as dinâmicas relacionais, bem como os fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam o processo de saúde-doença dos seus membros.

No contexto dos CSP, o acompanhamento das famílias constitui uma das bases estruturantes do modelo de cuidados prestados nas USF e nas UCSP. De acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2014, que enquadra a organização e funcionamento destas unidades, o enfermeiro de família assume responsabilidades no acompanhamento das famílias inscritas, promovendo cuidados continuados e centrados na família enquanto unidade de cuidados (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014). Neste sentido, o ficheiro do enfermeiro de família constitui um instrumento essencial para apoiar a avaliação sistemática das famílias, o planeamento de intervenções e a monitorização dos resultados em saúde.

A informação registada no ficheiro do enfermeiro de família possibilita uma avaliação contínua e holística da família enquanto unidade de cuidados, permitindo identificar precocemente situações de vulnerabilidade, risco ou transição, como o envelhecimento, a parentalidade, a presença de doença crónica ou a dependência. Conforme referido por Wright e Leahey (2013), a avaliação familiar constitui a base para uma intervenção eficaz, uma vez que a família é entendida como um sistema dinâmico, no qual as alterações num dos seus membros repercutem no funcionamento global.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, definidos pela OE, a intervenção do enfermeiro especialista deve basear-se numa avaliação sistemática da família, na identificação das suas necessidades, recursos e potencialidades, bem como na definição de intervenções que promovam a capacitação familiar e a adaptação às diferentes transições do ciclo vital (OE, 2016). Neste contexto, os registos clínicos assumem um papel central, permitindo sustentar a tomada de decisão clínica, garantir a continuidade dos cuidados e avaliar os resultados das intervenções desenvolvidas.

Durante o estágio, a consulta e atualização do ficheiro do enfermeiro de família revelaram-se essenciais para o planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem, assegurando a continuidade dos cuidados e a adequação das respostas às necessidades identificadas. Estes registos facilitaram igualmente a articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo uma comunicação eficaz e uma abordagem integrada aos problemas de saúde da família (Figueiredo, 2012).

No âmbito da enfermagem de família, a caracterização das famílias assume ainda um papel central na promoção da saúde e prevenção da doença, orientando a definição de estratégias educativas ajustadas à realidade familiar. Assim, o ficheiro do enfermeiro de família constitui um instrumento estruturante da prática clínica em cuidados de saúde primários, sendo indispensável para a tomada de decisão clínica, para a qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências profissionais ao longo do ensino clínico.

Para a realização desta caracterização, procedeu-se à extração e impressão da listagem das famílias atribuídas à Enfermeira de Família, através do sistema SClínico®, referentes a Junho de 2025. Após a análise das listagens obtidas, apurou-se um total de 1649 utentes, integrados em 760 famílias, tendo os dados sido posteriormente tratados.

A análise destes valores permitiu verificar que o número de utentes e de famílias atribuídos é manifestamente superior ao recomendado nos normativos em vigor. De acordo com o Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro) é recomendada a aplicação de um rácio de 1 550 utentes e 350 famílias por enfermeiro. Deste modo, os valores observados evidenciam uma discrepância face ao rácio preconizado, o que poderá ter implicações nos cuidados de enfermagem prestados.

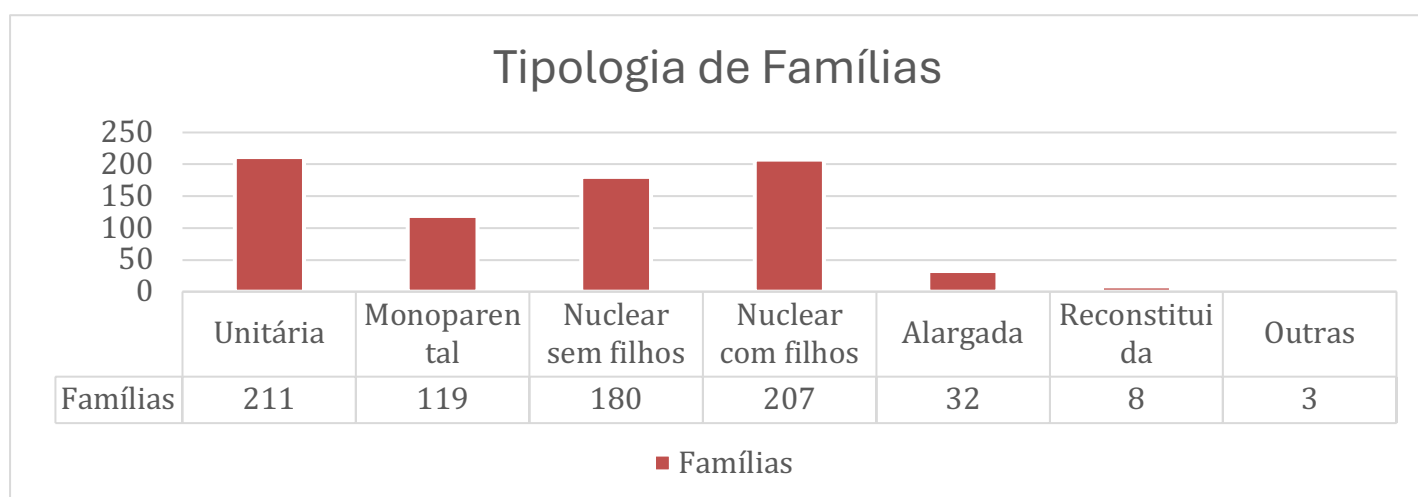


Gráfico 1 – Tipologia de família do ficheiro da enfermeira orientadora

De acordo com a classificação das tipologias familiares do SClínico®, na avaliação do processo familiar foram identificadas as seguintes configurações: 211 famílias unitárias, 119 famílias monoparentais, 180 famílias nucleares compostas apenas pelo casal, 207 famílias nucleares com filhos, 32 famílias alargadas, 8 famílias reconstruídas e 3 classificadas como “outras”, por não se enquadrarem em nenhuma das categorias anteriores, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Ao examinar a classificação do ficheiro em termos de tipologia familiar, observa-se que a família nuclear é a mais frequente, com 387 casos, sendo também relevante o número de famílias unitárias (211). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (PORDATA, 2025), a família nuclear, composta por dois adultos, com ou sem filhos, continua a ser o modelo predominante em Portugal, embora as composições familiares apresentem cada vez maior diversidade.

Os resultados mais recentes dos Censos da População e da Habitação de 2021 indicam que as famílias unitárias — formadas por apenas uma pessoa — constituem uma proporção significativa, refletindo alterações

demográficas e sociais, como o envelhecimento da população e a autonomia precoce dos jovens adultos (PORDATA, 2025).

É importante salientar que a classificação apresentada pode ser influenciada por situações em que os membros da família estão inscritos em diferentes equipas de saúde familiar, por opção própria, ou devido à desatualização dos registos nos serviços administrativos, podendo levar a inconsistências. Sempre que foram identificadas irregularidades, estas foram encaminhadas para o serviço administrativo da USF, para atualização dos dados, com consentimento prévio das famílias.

A identificação da tipologia familiar constitui um elemento central na avaliação do processo familiar em Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que se baseia na composição do agregado e nos vínculos estabelecidos entre os seus membros, os quais influenciam o funcionamento interno da família e a sua relação com o meio envolvente ao longo do ciclo de vida (Relvas, 2006). Esta caracterização permite ao enfermeiro de família reconhecer a diversidade de organizações familiares existentes e adequar a intervenção às necessidades específicas de cada sistema familiar. No entanto, a categorização das famílias em modelos pré-definidos pode revelar-se redutora, sobretudo quando assente em classificações tradicionais, como as utilizadas no sistema de informação SClínico®.

O desenvolvimento da família é entendido como um processo dinâmico e evolutivo, marcado por diferentes etapas do ciclo vital, cada uma associada a tarefas próprias e a transições que implicam ajustamentos na estrutura e no funcionamento familiar (Carter & McGoldrick, 2005). Estas transições assumem particular relevância na prática do enfermeiro de família, pois constituem momentos privilegiados para a avaliação das dinâmicas familiares e para a implementação de intervenções promotoras de adaptação e equilíbrio.

Relvas (2006) descreve o ciclo vital familiar como um percurso que se inicia com a formação do casal e prossegue com o nascimento e crescimento dos filhos, culminando na fase da família com filhos adultos. Cada etapa integra tarefas específicas que orientam a avaliação e a intervenção em enfermagem, permitindo identificar áreas de vulnerabilidade e potenciar recursos familiares.

No contexto dos cuidados de saúde primários, o SClínico® adota o modelo do ciclo vital familiar proposto por Duvall, o qual organiza o desenvolvimento da família em diferentes fases, definidas pela composição do agregado e idade dos seus membros (Duvall & Miller, 1985). Este modelo inclui etapas como a formação do casal, a parentalidade inicial, a família com filhos em idade escolar e adolescente, o período de saída dos filhos de casa e a fase de envelhecimento do casal. A idade do filho mais velho constitui um critério fundamental para a definição das fases associadas à presença de filhos, orientando a avaliação das necessidades de crescimento, educação e promoção da autonomia.

Apesar da sua utilidade enquanto referencial organizador da prática, alguns autores apontam limitações ao modelo de Duvall, considerando-o pouco flexível face à diversidade das configurações familiares atuais, por se centrar maioritariamente na família nuclear e apresentar uma sequência rígida de tarefas do desenvolvimento (Canço, Branco, & Figueiredo, 2010). Neste sentido, o EEESF deve utilizar este enquadramento de forma crítica, integrando-o com uma abordagem centrada na singularidade de cada família.

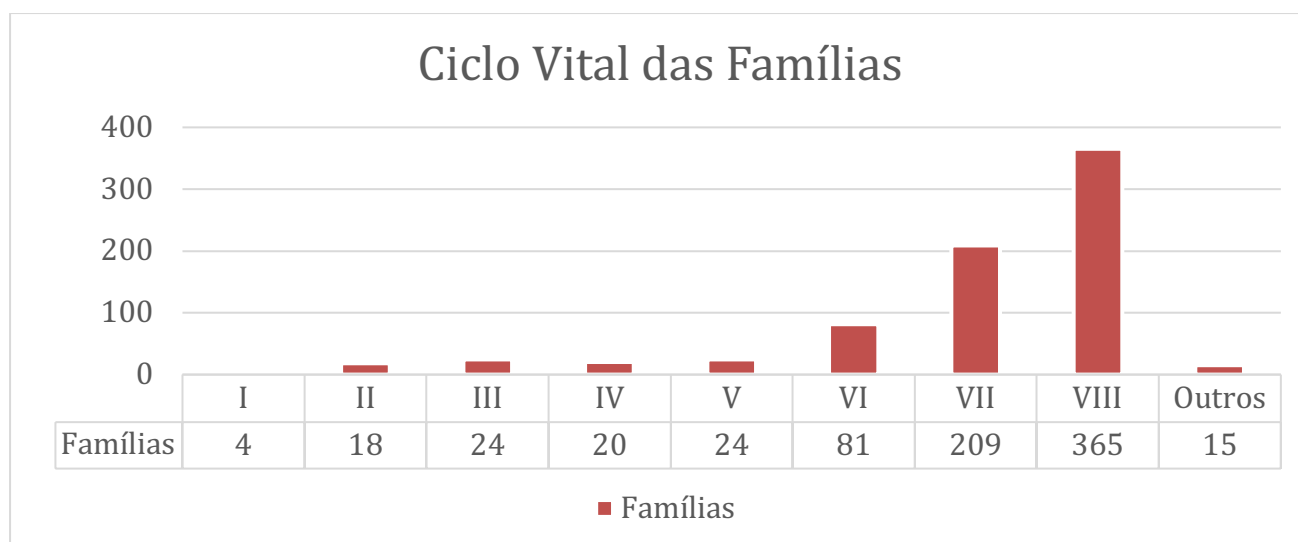


Gráfico 2- Distribuição das famílias por estágio de ciclo vital

No ficheiro, como podemos observar no gráfico 2, foram identificadas 4 famílias estágio I; 18 famílias no estágio II; 24 famílias no estágio III; 20 famílias no estágio IV; 24 famílias no estágio V; 81 famílias no estágio VI, 209 famílias estágio VII e, por último, 365 famílias no estágio VIII. Foram também identificadas famílias que não se incluíam em nenhum estágio do ciclo vital de Duvall, por apresentarem características distintas desta classificação, como por exemplo famílias constituídas apenas por avós e netos.

Os dados permitem inferir que a maior parte das famílias se encontra na fase VIII do ciclo vital, correspondente a famílias idosas. Observa-se uma reduzida expressão de famílias com filhos pequenos (fase II) e com crianças em idade pré-escolar (fase III), evidenciando que o ficheiro analisado diz respeito a uma população maioritariamente envelhecida.

No ficheiro da Enfermeira Orientadora, verifica-se que existem 1851 programas/consultas tratadas, não obstante existem outros programas que, por apresentarem baixo número de utentes, não foram colocados na Tabela 2.

Programas de Saúde	Utentes
Saúde do Adulto	468
Saúde do Idoso	307
Saúde da Família	2
Saúde Infantil e Juvenil	201
Planeamento Familiar	172
Rastreios Oncológicos	129
Tratamento de Feridas	172
Diabetes	130
Intervenção Precoce	4
Hipertensão	220

Cuidados Continuados	2
Saúde Materna	10
Dependentes	42
Tabagismo	90
Hipocoagulados	10
Saúde Mental e Psiquiatria	3

Tabela 2- Distribuição dos Programas de Saúde e número de utentes no ficheiro da enfermeira de família (ACSS, 2025b)

Após observar a Tabela 2, podemos considerar que o número maior de programas deste ficheiro corresponde às consultas de saúde do adulto, saúde do Idoso e saúde infantil e juvenil. Também é possível de observar um baixo número relativamente ao programa da família. Frequentemente, os cuidados prestados às famílias não são adequadamente apresentados nos sistemas de registo informático, como o SClínico®, utilizado nas USF. Esta lacuna compromete a continuidade e a qualidade dos cuidados, além de dificultar a avaliação e monitorização das intervenções realizadas.

Ao longo do ciclo vital, as famílias vivenciam diferentes momentos de transição, caracterizados por alterações relevantes na sua estrutura e funcionamento. Estas transições correspondem a períodos de mudança entre fases de maior estabilidade, implicando adaptações progressivas e a reorganização do sistema familiar. Trata-se de processos dinâmicos que decorrem ao longo do tempo e que podem estar associados a situações de instabilidade, incerteza, tensão relacional e desequilíbrio temporário (Schumacher & Meleis, 1994). Apesar dos desafios inerentes, estas transições constituem oportunidades de crescimento e de ajustes às novas circunstâncias de vida.

As transições familiares representam acontecimentos significativos que exigem a redefinição de papéis, responsabilidades e tarefas no seio da família, influenciando diretamente o seu desenvolvimento e bem-estar. Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel fundamental na promoção de processos adaptativos saudáveis, apoiando a família na gestão das mudanças e no reforço das suas capacidades internas (Relvas, 2006).

Neste contexto, o estudo das famílias registadas no ficheiro revela-se fundamental para uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares e das fases do ciclo vital em que cada agregado se encontra. A análise sistematizada deste ficheiro permite identificar transições familiares em curso ou previsíveis, reconhecer fatores de vulnerabilidade e detetar necessidades específicas, possibilitando uma intervenção de enfermagem mais adequada, atempada e centrada na família. Ao conhecer a composição, a tipologia e o estágio do ciclo vital das famílias é possível planear cuidados individualizados, promover processos adaptativos saudáveis e reforçar os recursos internos da família, contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao longo do tempo.

3. REFERENCIAIS TEÓRICOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A teoria revela-se essencial na construção do saber em enfermagem, funcionando como alicerce epistemológico que orienta a prática avançada na área da saúde familiar. Os referenciais teóricos não só dão significado à prática profissional, mas também permitem descrever, compreender e antecipar fenómenos clínicos e relacionais que envolvem a família. Essa base teórica consolida o exercício profissional, dota-o de rigor científico e fortalece o seu poder transformador (McClay et al., 2022).

Quando os enfermeiros analisam os fenómenos desenvolvem competências críticas para a tomada de decisão fundamentada e interventiva. Em cuidados especializados, a ausência de uma estrutura teórica clara sucumbe o profissional a práticas tarefairas. Deste modo, a integração de modelos teóricos assegura visibilidade, consistência e qualidade na formação académica e na atuação clínica (McClay et al., 2022). Além disso, a teoria permite construir um pensamento reflexivo e sistemático, pois fornece conceitos, princípios e terminologias que estruturam a avaliação, o planeamento e a intervenção familiar.

A compreensão do conceito de família evoluiu de um conceito rígido, baseado exclusivamente em laços sanguíneos ou formas típicas (pai, mãe e filhos), para um conceito mais flexível e centrado nas funções afetivas, de cuidado e apoio mútuo. As famílias são agora reconhecidas como sistemas sociais complexos, dinâmicos e construídos pelas relações e práticas quotidianas dos seus membros (Russell, 2020). Pelo que, apesar de existirem muitas definições de famílias, a mesma tem sofrido alterações ao longo dos tempos e diferentes culturas.

O ciclo vital familiar é composto por várias fases que podem variar entre cinco a oito, conforme as abordagens teóricas adotadas, refletindo a dinâmica e a evolução contínua das famílias (Smith & Johnson, 2021). Relvas (1996), citado por Alarcão (2002), descreveu o ciclo vital numa perspetiva centrada na família nuclear: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos em idade escolar; a família com filhos adolescentes; e a família com filhos adultos. Esta estrutura permite identificar momentos de transição cruciais e comuns em muitas famílias, mas não imperativas.

O núcleo familiar apresenta-se como um grupo relativamente estável, constituindo a base social principal onde se vivenciam afetos profundos e se desenvolvem importantes trocas emocionais (Pires, Sousa & Magalhães, 2017). Encontra-se inserido num contexto mais amplo, fazendo parte de um sistema composto por elementos interdependentes, organizados com objetivos comuns, que se mantêm em interação constante com ambientes exteriores (Figueiredo, 2012).

De acordo com Alarcão (2002), o sistema familiar integra objetos (pessoas e papéis), atributos (valores, crenças, normas) e relações (ligações afetivas e funcionais), estando organizado em vários subsistemas — como conjugal, parental, fraternal — e inserido em suprassistemas (como redes sociais, instituições e comunidade), numa hierarquia interdependente.

Na perspetiva dos sistemas familiares, a família é delimitada por fronteiras que definem os limites entre o grupo e o meio ambiente externo, assim como entre os diferentes subsistemas (Kaakinen et al., 2019). Estas fronteiras funcionam como reguladores do fluxo de interações, caracterizadas por serem suficientemente claras para manter a identidade e a coesão interna, mas flexíveis o suficiente para permitir trocas saudáveis com o exterior.

A existência de fronteiras bem definidas possibilita que cada subsistema — conjugal, parental, fraternal — desenvolva papéis distintos e desempenhos claros, assim como assegura que cada membro compreende as suas funções e sabe o que esperar dos demais (Wright & Leahey, 2022).

À medida que uma família ultrapassa as diferentes fases do ciclo de vida — nascimento de um filho, adolescência, saída dos filhos — as fronteiras podem tornar-se mais rígidas ou abertas, refletindo as necessidades adaptativas dessa fase (Duvall & Miller, 2021). Esta capacidade de ajustar as fronteiras dimensiona a adaptabilidade familiar e a resiliência em face às transições.

Na abordagem sistêmica, segundo Minuchin (2018), as famílias são classificadas conforme o tipo de limites predominantes: limites claros, que equilibram autonomia individual e conexão emocional; limites difusos, onde a falta de distinção dos membros origina relacionamentos emaranhados e limites rígidos, que separam os elementos, dificultam o diálogo e originam famílias desmembradas.

A gestão saudável destas fronteiras colabora para que a família funcione de forma equilibrada em fases normativas e também presença de situações de crises (Bronfenbrenner, 2020). Por exemplo, as crianças desenvolvem autonomia com segurança quando os limites parentais são claros, e os relacionamentos intergeracionais beneficiam de limites flexíveis que equilibram envolvimento e a independência.

Para a enfermagem de saúde familiar, a compreensão e a avaliação dessas fronteiras assumem um papel fundamental. Com recurso a ferramentas como genograma e o ecomapa, o enfermeiro pode identificar se os limites estão a favorecer ou a prejudicar a saúde familiar e, em consequência, intervir de forma a ajustar esses limites conforme as necessidades do sistema familiar.

A investigação em Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo a afirmar-se como um campo científico autónomo e em crescente consolidação desde o final do século XX, acompanhando a evolução dos cuidados centrados na pessoa e no seu contexto familiar. A emergência deste domínio deve-se à necessidade de compreender a família enquanto unidade de cuidado, reconhecendo o seu papel central na manutenção, promoção e recuperação da saúde (Kaakinen et al., 2019).

A investigação recente reforça que o EEESF deve ser capaz de integrar o conhecimento científico com a análise crítica das interações familiares, promovendo a capacitação da família, a resiliência e o autocuidado ao longo do ciclo vital. A prática baseada em modelos teóricos é essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, assegurando que a intervenção é contextualizada, participativa e centrada nas necessidades da família. Neste sentido, e com o objetivo de fundamentar teoricamente a prática desenvolvida, serão apresentados de seguida os principais contributos teóricos que sustentam a intervenção de enfermagem à família ao longo deste trabalho, da minha prática profissional e académica.

A **Teoria Geral dos Sistemas**, originalmente formulada por Ludwig von Bertalanffy, fundamenta-se nas ciências biológicas e físicas, definindo o sistema como um conjunto de elementos inter-relacionados que dependem do contexto ambiental onde se inserem (Meadows, 2019). Esta teoria é amplamente utilizada na área da saúde para compreender as famílias como sistemas dinâmicos e interativos, facilitando a análise das relações e os padrões que emergem dentro do contexto familiar (Nichols & Davis, 2021).

De acordo com Bertalanffy (1972), um sistema caracteriza-se pela interação recíproca entre os seus componentes, onde cada elemento influencia e é influenciado pelos demais, estabelecendo um equilíbrio dinâmico. Na perspetiva da enfermagem familiar, a família é considerada um sistema aberto, com propriedades essenciais como a totalidade, a equifinalidade, a retroação (*feedback*) e a auto-organização, que explicam a sua complexidade e a capacidade de adaptação (Goldenberg & Goldenberg, 2020).

A propriedade da totalidade refere-se ao fato de que a família é mais do que a simples soma dos seus membros, pois o comportamento e as mudanças em um indivíduo afetam o todo familiar (Papero, 2019). A equifinalidade descreve a capacidade do sistema familiar alcançar diferentes resultados a partir de condições iniciais semelhantes, ou resultados semelhantes partindo de diferentes trajetórias, evidenciando sua adaptabilidade (Walsh, 2016). A retroação ou *feedback* é um mecanismo pelo qual a família responde e se ajusta às informações internas e externas, promovendo mudanças necessárias para a manutenção do sistema (Bertalanffy, 1972). Já a auto-organização destaca a autonomia do sistema familiar em modificar sua estrutura e funcionalidade para assegurar sua sobrevivência e desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2020).

Além disso, a família é composta por subsistemas — como o conjugal, parental e fraterno — que funcionam como partes integrantes do sistema maior, respeitando o princípio hologramático, segundo o qual cada parte contém aspectos do todo (Cox & Paley, 2020). Estes subsistemas interagem entre si e com o ambiente externo, configurando uma rede complexa de relações que evoluem ao longo do tempo e dos contextos sociais, conforme os modelos ecológicos e sistêmicos propostos por Bronfenbrenner (2020), que incluem níveis como o microsistema, mesosistema, exossistema e macrosistema.

Podemos considerar que os sistemas familiares podem ser considerados abertos ou fechados, conforme a permeabilidade dos seus limites para trocas com o meio ambiente. Os sistemas abertos mantêm um fluxo constante de energia e informações com o ambiente externo, garantindo flexibilidade e adaptabilidade, enquanto os sistemas fechados tendem ao isolamento, rigidez e desorganização (Nichols & Davis, 2021; Goldenberg & Goldenberg, 2020). Essa distinção é fundamental para a compreensão do funcionamento familiar e suas respostas às mudanças e crises, sendo essencial para a intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar.

A **Teoria da Cibernética** emerge como um importante referencial para compreender o funcionamento dos sistemas, especialmente no que diz respeito à regulação e à capacidade de adaptação dos mesmos (Alarcão, 2002). Originalmente desenvolvida durante a Segunda Guerra Mundial para fins militares, esta teoria focava-se na criação de sistemas autorregulados, cuja principal característica era a manutenção da estabilidade interna, conceito hoje conhecido como cibernética de primeira ordem (Beer, 2018).

No contexto dos sistemas familiares, a cibernética analisa os mecanismos de *feedback*, que são processos pelos quais a família obtém informações sobre seu funcionamento para manter o equilíbrio e a homeostasia (Nichols & Schwartz, 2021). Estes circuitos de *feedback* podem ser negativos, promovendo a estabilidade ao corrigir desvios, ou positivos, que amplificam mudanças e permitem a transformação do sistema (Goldenberg & Goldenberg, 2020).

A cibernética de segunda ordem reconhece a evolução e a transformação dos sistemas como aspectos essenciais e positivos, valorizando a história e a trajetória do sistema familiar para compreender o seu funcionamento atual (Watzlawick et al., 2011). Este enfoque enfatiza a circularidade das interações familiares, onde os elementos do sistema se influenciam mutuamente de forma contínua e dinâmica (Alarcão, 2002).

Do ponto de vista da intervenção em enfermagem familiar, é fundamental reconhecer que o sistema familiar não é estático, mas sim um sistema que se adapta e se transforma diante das mudanças e crises, mantendo sua identidade e organização, mas alterando sua estrutura para responder às demandas do meio (Nichols & Schwartz, 2021). As perturbações no funcionamento familiar podem representar oportunidades para crescimento e mudança, e o sintoma, nesse contexto, deve ser visto como uma manifestação de necessidade de transformação, não simplesmente como um sinal de disfunção (Goldenberg & Goldenberg, 2020).

Portanto, o papel do EESF é apoiar e promover essas mudanças, valorizando a competência e a resiliência da família, sem focar exclusivamente na identificação de problemas ou restauração de um equilíbrio estático (Watzlawick et al., 2011). Além disso, os circuitos de estão intrinsecamente ligados aos processos comunicacionais, reforçando a importância da teoria da comunicação humana na prática clínica familiar (Alarcão, 2002).

A **Teoria da Comunicação Humana**, estudada sobretudo pela Escola de Palo Alto, concebe a comunicação como um processo social complexo que abrange múltiplas formas de comportamento e interação dentro do sistema familiar (Alarcão, 2002). Segundo esta abordagem, a comunicação inclui mensagens verbais, não verbais e para-verbais, que só adquirem significado no contexto das relações em que ocorrem. Um princípio fundamental é que “não se pode não comunicar”, pois todo comportamento tem um efeito comunicacional e influencia as interações interpessoais (Alarcão, 2002). Além disso, a comunicação ocorre em níveis distintos, englobando o conteúdo da mensagem e a natureza da relação entre os interlocutores. As interações comunicacionais podem ser simétricas ou complementares, influenciando a dinâmica familiar. Esses conceitos são essenciais para a compreensão das relações familiares e para a intervenção em enfermagem familiar, pois permitem reconhecer a complexidade e circularidade da comunicação no sistema familiar.

Diversas outras teorias fundamentam a prática de enfermagem em cuidados de saúde familiar, oferecendo diferentes perspectivas para compreender e intervir nas dinâmicas familiares. A **Teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem**, de 1993, destaca o indivíduo como foco principal dos cuidados, reconhecendo a família como um importante suporte no processo de ajuda ao autocuidado. Nessa perspectiva, a enfermagem tem o papel de promover a autonomia do utente, apoiando-o no desenvolvimento de habilidades que garantam sua saúde e bem-estar (Hanson, 2005).

De forma complementar, o **Modelo dos sistemas abertos de Betty Neuman**, de 1982 concebe o utente — seja indivíduo, família ou comunidade — como um sistema em constante interação com o ambiente. Este modelo enfatiza a importância da troca de energia e a capacidade de reação a fatores *stressores*, utilizando mecanismos adaptativos para preservar a integridade do sistema e promover a saúde (Braga et al., 2018, citado em Lowry & Aylward, 2015; Neuman & Fawcett, 2011).

Por sua vez, a **Teoria da organização sistêmica da família** proposta por Marie-Luise Friedman, em 1995, oferece uma visão da família como sistema social que visa estabilidade, crescimento, controle e espiritualidade, além de ser um veículo essencial para a transmissão cultural entre gerações (Kaakinen et al., 2019).

Em 2000, Afaf Meleis elaborou a **Teoria das Transições**, contribuindo para a compreensão das mudanças que as pessoas e famílias enfrentam ao longo do ciclo vital. Ela define as transições como processos que exigem aprendizagem, adaptação e redefinição do “*self*”, e que podem ocorrer em diferentes dimensões: desenvolvimental, situacional, relacionada à saúde ou organizacional. O papel do enfermeiro, segundo essa teoria, é fundamental para apoiar indivíduos e famílias durante esses momentos, facilitando um processo de transição saudável e promovendo a resiliência (Guimarães & Silva, 2016).

Leininger (1994) enfatiza a importância da cultura na prática de enfermagem através de sua **Teoria do cuidado cultural e da diversidade e universalidade do cuidado cultural**. Destaca que a qualidade de vida está profundamente influenciada por valores, crenças e práticas culturais, e que a enfermagem deve integrar essa dimensão transcultural para oferecer cuidados mais eficazes e respeitosos, alinhados à identidade cultural dos utentes (Vieira, 2021).

Embora existam mais teorias que contribuem para a compreensão e intervenção na prática de enfermagem em saúde familiar, as apresentadas neste relatório são aquelas que mais orientam a minha prática profissional. Essas teorias fornecem uma base sólida para analisar as dinâmicas familiares, entender as transições vivenciadas ao longo do ciclo de vida e reconhecer a importância dos fatores culturais e adaptativos que influenciam o cuidado.

Após a abordagem de diversas teorias que fundamentam a prática em saúde familiar, é importante destacar também abordagens que valorizam as potencialidades das pessoas e famílias. Nesse sentido, o **Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças**, de Laurie Gottlieb (Gottlieb, 2026), destaca-se pelo foco nos recursos e capacidades dos indivíduos, promovendo um cuidado mais colaborativo e centrado no que funciona bem, valorizando os recursos que auxiliam a pessoa e a família a lidar com os desafios da saúde e nas diferentes etapas de vida (Gottlieb, 2016). Esta abordagem exige do profissional de saúde uma compreensão profunda da história e do contexto da família, com o objetivo de valorizar as competências e os recursos presentes, sem desvalorizar as fragilidades ou vulnerabilidades.

Gottlieb (2016) destaca que o cuidado baseado nas forças requer qualidades específicas do enfermeiro, como humildade, abertura de espírito, empatia, além de uma reflexão contínua sobre os valores que sustentam sua prática. Só assim poderá o profissional apoiar as famílias de forma integral, juntando o saber técnico, científico e humano. No entanto, é importante reconhecer que o modelo tradicional ainda prevalece no sistema de saúde, focado no déficit e na correção dos problemas, o que torna essa abordagem uma alternativa fundamental para a promoção do cuidado centrado nas potencialidades.

O processo de enfermagem é a base essencial para a prática profissional dos enfermeiros nos cuidados de saúde, especialmente no trabalho com as famílias. Este processo envolve cinco etapas sequenciais: avaliação inicial ou recolha de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final (Potter et al., 2017), que embora sejam fases distintas, estão profundamente interligadas. Atualmente, diversos modelos e instrumentos de avaliação familiar permitem identificar as necessidades da família, compreender a sua dinâmica e orientar intervenções ajustadas a essas necessidades.

O **Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MCAIF)** desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey entre 1994 e 2009, tem como base o Modelo de Avaliação Familiar criado por Tomm e Sanders em 1983. Este modelo incorpora conceitos da teoria geral dos sistemas, da cibernética, da comunicação e da mudança, enfatizando a interação entre os membros da família para compreender a sua dinâmica e necessidades. Trata-se de uma abordagem flexível, colaborativa e não hierárquica que valoriza os recursos e os pontos fortes da família (Wright & Leahey, 2022).

O MCAIF organiza-se em três grandes categorias: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade. Na dimensão estrutural, o objetivo é identificar os membros da família, os laços afetivos que os unem e o contexto social em que vivem. Esta categoria divide-se em três subníveis: interno, que avalia a composição da família e as características dos seus membros, usando o genograma como ferramenta; externo, que analisa as relações da família com sistemas mais amplos, como a família alargada e a comunidade, com o uso do ecomapa; e contexto, que considera fatores como etnia, religião, classe social e ambiente (Wright & Leahey, 2022).

A dimensão do desenvolvimento foca-se no ciclo de vida familiar, examinando as fases pelas quais a família passa, as tarefas associadas a cada etapa e os vínculos estabelecidos entre os seus membros (Wright & Leahey, 2022). Já a dimensão da avaliação funcional, procura compreender como os familiares interagem entre si, dividindo-se em funcionalidade instrumental — ligada às atividades diárias e à capacidade de resposta às

necessidades da família — e funcionalidade expressiva, que abrange a comunicação e as interações emocionais entre os membros (Wright & Leahey, 2022).

Este modelo, fundamentado no pensamento sistémico e na terapia familiar, tem como objetivo fortalecer a relação entre enfermeiros e famílias, promovendo uma intervenção colaborativa em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. No domínio cognitivo, a intervenção centra-se em reconhecer e valorizar os pontos fortes da família e fornecer informações relevantes; no domínio afetivo, procura validar emoções, incentivar a partilha de histórias e fortalecer o apoio familiar; no domínio comportamental, promove-se o envolvimento dos membros nos cuidados, o descanso e a criação de rituais familiares (Wright & Leahey, 2022).

A escolha MCAIF para o estudo de caso realizado durante o ensino clínico (Apêndice I) justifica-se pela sua adequação à prática da Enfermagem de Saúde Familiar, particularmente em contexto de CSP. Este modelo permite realizar uma avaliação sistemática e abrangente da família enquanto unidade de cuidados, integrando dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais que possibilitam compreender a dinâmica familiar, identificar recursos e reconhecer áreas de vulnerabilidade. No âmbito do presente estudo de caso, a utilização do MCAIF revelou-se particularmente pertinente, uma vez que permitiu orientar a recolha de dados, estruturar a avaliação familiar e fundamentar o planeamento das intervenções de enfermagem dirigidas à família. Para além disso, a sua abordagem centrada nos pontos fortes e nas capacidades adaptativas da família facilita a implementação de intervenções colaborativas e promotoras de capacitação familiar, princípios que se encontram alinhados com as competências do EEESF e com a filosofia dos cuidados centrados na família (Wright & Leahey, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido pela enfermeira portuguesa Maria Henriqueta Figueiredo, é adotado pela OE como um referencial teórico e prático para o trabalho dos enfermeiros com famílias em Portugal (OE, 2011). Este modelo baseia-se no pensamento sistémico, integrando teorias de enfermagem como a teoria geral dos sistemas, a cibernética e a comunicação humana, tendo como inspiração o Modelo de Calgary (Figueiredo, 2012).

O MDAIF foi criado para responder às necessidades específicas das famílias portuguesas e dos profissionais de cuidados de saúde primários, funcionando como um guia teórico e operativo, articulando as diferentes etapas do processo de enfermagem e orientando as práticas de enfermagem em saúde familiar, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Figueiredo, 2012).

Além disso, o modelo inclui indicadores de estrutura, processo e resultado que permitem avaliar os ganhos em saúde das famílias nos aspetos do seu funcionamento que são sensíveis à intervenção dos enfermeiros (Figueiredo, 2012).

Para além dos modelos de avaliação e intervenção familiar, existem vários instrumentos que suportam a prática de enfermagem na área familiar, como a aplicação de escalas, que podem ser integradas nos modelos de avaliação utilizados. Estes instrumentos são fundamentais para conhecer, identificar, diagnosticar e planear cuidados adequados às famílias.

Entre os instrumentos mais utilizados destacam-se: o genograma, que representa graficamente a estrutura familiar e as relações entre os seus membros; o ecomapa, que ilustra as ligações sociais e familiares da família com sistemas externos, permitindo compreender as interações entre a família e a sua rede social; a escala de *Graffar*, que categoriza a família segundo o estatuto socioeconómico, ajudando a prever situações de risco associadas; a escala APGAR, que avalia o funcionamento familiar com base na perceção dos membros, facilitando a identificação de necessidades e vulnerabilidades; a escala FACES, que analisa a coesão e

flexibilidade familiar, apontando possíveis riscos nessas áreas; a escala de Readaptação Social, que avalia acontecimentos significativos ocorridos no último ano, permitindo identificar riscos relacionados com o stress e doença; e a escala FACES IV, validada para a população portuguesa, que avalia o funcionamento familiar através das dimensões de flexibilidade, coesão e comunicação (Oliveira et al., 2019; Silva & Pereira, 2021).

A aplicação destes instrumentos contribui para um diagnóstico mais completo e para um planeamento de intervenções de enfermagem mais eficazes e centradas nas necessidades reais das famílias (Carvalho & Santos, 2020).

4. COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Atualmente, os cuidados de enfermagem exigem uma competência técnica e científica cada vez mais elevada, refletindo a crescente complexidade das necessidades de saúde das populações. Neste contexto, a especialização emerge como uma resposta estratégica, permitindo aos profissionais aprofundar os seus conhecimentos e habilidades em áreas específicas, garantindo desta forma uma prática mais eficaz. Essa qualificação não só aprimora a qualidade dos cuidados prestados, assim como valoriza o papel do enfermeiro, reconhecendo a sua importância no SNS.

4.1. Competências Comuns

As competências comuns são definidas como as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrada através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019).

Segundo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), podemos enumerar como competências: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e, também, desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, guiando-se por princípios éticos e deontológicos da profissão, com base em normas legais e, também, com base no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro. Neste sentido, no decorrer do EC e no desempenho da minha profissão enquanto enfermeira, promovi princípios éticos universais, entre os quais: proteção dos direitos humanos, confidencialidade, privacidade, valores e crenças dos utentes.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), estas competências organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício profissional seguro, fundamentado em princípios éticos e deontológicos, com base no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro. Neste sentido, ao longo do ensino clínico e no exercício da minha prática profissional, procurei assegurar a proteção dos direitos dos utentes e das famílias, respeitando os princípios da confidencialidade, privacidade, autonomia e respeito pelos valores e crenças individuais.

Durante a realização das consultas de enfermagem e das visitas domiciliárias, procurei garantir que a prestação de cuidados decorresse em ambiente seguro e reservado, promovendo a participação ativa das famílias no processo de tomada de decisão. Um exemplo concreto ocorreu no acompanhamento de uma família com uma criança com NSE, em que foi necessário assegurar uma comunicação clara e adaptada aos pais, respeitando as suas dúvidas, expectativas e valores, garantindo simultaneamente a confidencialidade da informação clínica partilhada. Estas experiências permitiram reforçar a importância da relação terapêutica baseada na confiança e no respeito pela dignidade da pessoa e da família.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o RCCEE prevê que o enfermeiro especialista contribua para o desenvolvimento de práticas seguras e baseadas na evidência científica, participando em projetos institucionais de melhoria da qualidade e garantindo ambientes seguros para os utentes (OE, 2019). Neste âmbito, durante o meu percurso académico, obtive a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da ULS Leiria, permitindo o desenvolvimento do estudo primário associado ao presente relatório. Este processo exigiu o cumprimento rigoroso de princípios éticos, nomeadamente no que respeita ao consentimento informado, confidencialidade e proteção dos dados dos participantes.

Durante o estágio foram também identificadas oportunidades de melhoria na comunicação interdisciplinar. Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da equipa, dinamizei uma ação de formação intitulada “Os desafios da Comunicação” (Apêndice IV), dirigida aos profissionais da unidade. Paralelamente, identifiquei a necessidade de desenvolver um material educativo destinado aos pais e cuidadores sobre vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação, tendo elaborado um folheto informativo com esse objetivo (Apêndice V). Estas iniciativas procuraram contribuir para a melhoria da comunicação em saúde e para a capacitação das famílias na tomada de decisões informadas.

Para além disso, no decorrer do estágio, procurei garantir a qualidade dos registos clínicos efetuados no sistema SClínico®, utilizando linguagem científica adequada e assegurando a atualização da informação relevante para a continuidade dos cuidados. A realização de registos completos e rigorosos permite não só apoiar a tomada de decisão clínica, como também possibilitar a extração de dados para monitorização de indicadores de qualidade e avaliação dos resultados em saúde.

Durante as consultas e visitas domiciliárias, foi igualmente assegurado o cumprimento das normas de higiene, segurança e controlo de infeção, bem como o respeito pelos valores culturais e hábitos das famílias acompanhadas. A prestação de cuidados em contexto domiciliário exigiu particular atenção à adaptação das intervenções às condições do ambiente familiar, garantindo simultaneamente a segurança do utente e dos profissionais.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista assume responsabilidades acrescidas na gestão de recursos humanos, materiais e organizacionais, contribuindo para a eficiência e segurança dos cuidados prestados. Durante o estágio, tive oportunidade de colaborar com a equipa de enfermagem na gestão de recursos materiais, participando na verificação da mala de emergência, controlo de validade de medicamentos e dispositivos médicos, realização de inventários e monitorização das condições de armazenamento, nomeadamente controlo de temperatura e humidade dos frigoríficos destinados à conservação de vacinas.

Para além disso, participei na organização do fluxo de utentes na unidade, colaborando na gestão das agendas de consultas e na priorização de atendimentos, particularmente em situações de consulta aberta ou de agravamento de doença crónica. Estas experiências permitiram compreender a importância da gestão eficiente dos recursos disponíveis para garantir a acessibilidade e a continuidade dos cuidados.

Durante o EC, foi igualmente possível colaborar com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão clínica, nomeadamente através da participação em visitas domiciliárias conjuntas com médico e assistente operacional. Estas intervenções permitiram uma avaliação mais abrangente das necessidades dos utentes e das famílias, facilitando a definição de planos de cuidados integrados.

No âmbito da articulação interinstitucional, colaborei na referência de utentes para diferentes recursos da comunidade e da rede de cuidados de saúde, incluindo a orientação de grávidas para a consulta de preparação

para o parto na UCC, o encaminhamento de utentes para centros de dia locais e a referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente em situações de sobrecarga do cuidador informal. Tive ainda oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar com a equipa comunitária de saúde mental da infância e adolescência, onde foram discutidos casos clínicos complexos e definidas estratégias de intervenção conjunta.

Foi-me possível acompanhar informalmente processos de auditoria clínica realizados pela minha enfermeira orientadora, tendo em conta os indicadores de desempenho definidos para a unidade. Este processo permitiu compreender a importância da monitorização contínua da qualidade dos cuidados e do cumprimento de critérios auditáveis.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 da OE refere que o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, reflexão crítica sobre a prática e compromisso com a atualização científica contínua. Durante o EC, uma das experiências mais marcantes foi a identificação de algumas fragilidades iniciais no meu desempenho profissional, particularmente relacionadas com a minha experiência profissional se centrar predominantemente no contexto de cuidados ao doente crítico em serviço de urgência.

Perante esta realidade, foi necessário investir no aprofundamento de conhecimentos específicos relacionados com a prática em CSP e enfermagem de saúde familiar. Este processo incluiu a realização de pesquisa científica, consulta de normas clínicas e partilha de experiências com colegas de curso, com a enfermeira orientadora e com a restante equipa da USF.

Na prática clínica, procurei fundamentar as minhas intervenções em conhecimento científico atualizado, utilizando indicadores de resultados, normas clínicas, escalas de avaliação e modelos estruturados de avaliação familiar. Demonstrei consciência crítica relativamente às áreas que necessitavam de melhoria, particularmente no âmbito da condução de consultas de enfermagem e na área da vacinação. Neste sentido, foram definidas estratégias de melhoria em colaboração com a enfermeira orientadora, promovendo uma prática progressivamente mais segura e autónoma.

4.2. Competências Específicas

As competências específicas do EEESF servem como base normativa para a validação das suas qualificações e têm também como objetivo informar os cidadãos sobre o tipo de cuidados e intervenções que podem esperar destes profissionais com formação avançada. Foram definidas pela OE através do Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018) e dividem-se em duas áreas:

1. “Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”: Esta competência envolve a promoção da saúde e o apoio às famílias ao longo do ciclo vital, considerando-as como unidades dinâmicas e interdependentes. De seguida, vou apresentar por tópicos as intervenções realizadas para atingir esta competência.

Abordagem Sistémica e Modelos Teóricos em Enfermagem de Saúde Familiar

Durante o EC, procurei desenvolver esta competência através da adoção de uma abordagem sistémica na avaliação e intervenção junto das famílias acompanhadas pela equipa de saúde familiar. Esta abordagem permitiu compreender a complexidade do sistema familiar, reconhecendo a família como uma entidade autorregulada, dinâmica e aberta, em constante interação com o ambiente, conforme os pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria da Cibernética (Relvas, 2003; Alarcão, 2002).

Neste sentido, nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares, procurei analisar não apenas as necessidades individuais dos utentes, mas também as interações estabelecidas entre os diferentes membros da família, identificando fatores que influenciam o processo de saúde-doença. A aplicação de modelos teóricos da enfermagem de saúde familiar, nomeadamente o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, permitiu estruturar a avaliação das famílias, identificar recursos e áreas de vulnerabilidade e planear intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

Um exemplo concreto do desenvolvimento desta competência ocorreu durante a realização de um estudo de caso de uma família de origem brasileira (Apêndice I), no qual foi possível aplicar uma avaliação familiar sistemática, considerando as dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família. Este processo permitiu compreender as dinâmicas familiares, identificar fatores de suporte e reconhecer desafios associados à adaptação ao contexto sociocultural português.

Ao longo do acompanhamento desta família, foram identificadas necessidades relacionadas com a adaptação ao sistema de saúde, gestão de cuidados de saúde da criança e integração na comunidade. Neste contexto, procurei desenvolver intervenções centradas na capacitação da família, fornecendo informação adequada, promovendo a literacia em saúde e facilitando o acesso aos recursos disponíveis.

Durante o EC, tive ainda oportunidade de acompanhar famílias com diferentes contextos socioculturais, incluindo famílias de etnia indiana, ucraniana e brasileira. A prestação de cuidados a estas famílias exigiu o desenvolvimento de competências de enfermagem transcultural, nomeadamente através da adaptação da comunicação, da compreensão das crenças culturais associadas à saúde e da adequação das intervenções às características socioculturais de cada família.

Neste sentido, procurei orientar a minha prática com base nos princípios da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger, reconhecendo a importância de prestar cuidados culturalmente sensíveis e respeitadores dos valores, crenças e práticas das famílias acompanhadas. Este processo permitiu não só melhorar a qualidade da relação terapêutica estabelecida com as famílias, mas também promover intervenções mais adequadas e eficazes no contexto dos CSP.

Assim, o desenvolvimento desta competência permitiu reforçar a importância de uma abordagem sistémica e centrada na família, valorizando os recursos familiares, promovendo a adaptação às diferentes transições do ciclo vital e contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença no contexto familiar.

Avaliação Familiar e Intervenção

Procedi à identificação e avaliação da família enquanto sistema funcional e estruturado, utilizando os registos no SClínico®, no âmbito do programa de Saúde da Família. A recolha de dados foi realizada com recurso a diferentes estratégias, nomeadamente entrevistas semiestruturadas, consulta clínica e observação direta em contexto de visita domiciliar.

A avaliação familiar foi orientada pelo MCAIF, que constituiu o referencial conceptual estruturante da minha prática clínica, permitindo analisar a família nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional (Wright & Leahey, 2022). Este modelo possibilita uma compreensão sistémica da família enquanto unidade de cuidados, facilitando a identificação das relações entre os seus membros, das etapas do ciclo vital e das dinâmicas de interação que influenciam o processo de saúde-doença.

Como suporte à aplicação deste modelo, recorri também ao MDAIF e a diversos instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o genograma e o ecomapa, que permitiram representar graficamente a estrutura

familiar e as relações estabelecidas com os sistemas externos. Foram ainda utilizados instrumentos complementares de avaliação, como a Escala APGAR Familiar, Escala de Duvall, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, FACES II, Escala de Risco Familiar de Garcia Gonzalez e Escala de Segovia Dreyer, entre outras.

Considero que a utilização articulada destes modelos e instrumentos permitiu uma análise aprofundada das dimensões estruturais, funcionais e desenvolvimentais da família, bem como a identificação dos seus valores, crenças, contexto cultural e recursos disponíveis. Esta abordagem possibilitou a definição de estratégias de intervenção ajustadas às necessidades específicas de cada família, promovendo uma prática de enfermagem centrada na família enquanto unidade de cuidados.

Intervenções Baseadas em Forças e Promoção de Mudanças

A minha intervenção é centrada nas potencialidades da família, promovendo o seu fortalecimento e capacidade de adaptação, tendo como base o Cuidado Baseado em Forças de Laurie Gottlieb e a Teoria da Comunicação Humana, que são consideradas estratégias comunicacionais eficazes que possibilitam a identificação, valorização e mobilização das forças familiares.

Para além disso, foram implementados planos de cuidados conjuntos com as famílias, orientados para a resolução de problemas e alcance de objetivos em saúde, tendo como base a integração de referenciais teóricos como a Teoria das Transições de Meleis e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que permitem compreender as dinâmicas familiares em processos de crise, transição ou stress, promovendo mudanças significativas de segunda ordem.

Comunicação, Tomada de Decisão e Reflexão Ética

Considero que proporcionei um ambiente seguro e colaborativo, facilitador da discussão de questões sensíveis, onde a família é convidada a refletir, participar e tomar decisões informadas sobre o seu processo de saúde, sendo que são avaliadas continuamente as estratégias implementadas, tendo como base o *feedback* da família e havendo um ajustamento no plano de cuidados. Foram, ainda, utilizadas técnicas motivacionais e ferramentas como *coaching* e entrevista motivacional para incentivar o envolvimento ativo da família nos seus objetivos de saúde. Ao longo da minha prática clínica, identifiquei dificuldades na comunicação por parte dos profissionais de saúde relativamente à vacinação extra Programa Nacional de Vacinação dirigida aos pais/tutores. Perante esta necessidade, foi elaborado um panfleto informativo sobre esta temática, com o objetivo de capacitar os pais/tutores para uma tomada de decisão informada (Apêndice V).

Integração de Competências Avançadas e Supervisão Clínica

Considero ter demonstrado um compromisso com a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, tanto em contexto de unidade como no domicílio. Paralelamente, reflito criticamente sobre a minha prática em conjunto com a enfermeira supervisora, promovendo a melhoria contínua do seu desempenho como enfermeira de família.

Colaborei com a equipa multidisciplinar na abordagem de situações complexas, assim como na avaliação da satisfação das famílias relativamente aos cuidados prestados, como forma de monitorizar a efetividade das intervenções e adaptar a resposta a novas realidades.

2. Em relação à competência específica “Liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”: a mesma refere-se à capacidade de liderar e colaborar eficazmente em equipas multidisciplinares para implementar intervenções de saúde familiar. Em simultâneo à

competência anterior, vou apresentar por tópicos as intervenções realizadas para atingir esta competência.

Integração na USF e Articulação Interinstitucional

Para o alcance desta competência, demonstrei uma compreensão integrada da dinâmica organizacional da USF, participando ativamente na prestação de cuidados em articulação com os diversos elementos da equipa multidisciplinar, assim como reconhecendo e valorizando a interligação funcional da USF com outras unidades e serviços, promovendo a continuidade dos cuidados à família, em conformidade com as necessidades identificadas. Essa continuidade é assegurada através de referência atempada e eficaz para outros profissionais de saúde, apenas limitada espacialmente por alguns serviços se encontrarem no Centro de Saúde de Alcobaça, nomeadamente a UCC ou a Vacinação, mas facilmente ultrapassada através do contato por meios digitais, via e-mail.

Orientei os cuidados de enfermagem à família com base em princípios de qualidade, efetividade e eficiência, promovendo a gestão responsável de recursos, a redução do desperdício e a otimização de custos. Participei no ciclo de programas de saúde, desde o planeamento até à avaliação dos resultados obtidos junto das famílias acompanhadas, ajustando as estratégias de intervenção às necessidades e contextos identificados.

Desenvolvimento Profissional

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, demonstrei compromisso com a atualização contínua de conhecimentos e com o aprimoramento das competências necessárias à prática da Enfermagem de Saúde Familiar. Este processo de desenvolvimento profissional concretizou-se através da participação em atividades formativas e científicas relevantes, tanto na qualidade de formanda como de formadora.

Durante o período de EC, participei no Congresso de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde de Leiria, o qual constituiu uma oportunidade de aprofundamento de conhecimentos na área da enfermagem de saúde familiar, permitindo o contacto com diferentes perspetivas científicas e práticas relacionadas com a intervenção junto das famílias em cuidados de saúde primários. A participação neste evento científico contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico e para a atualização de conhecimentos baseados na evidência científica, aspetos fundamentais para sustentar a prática clínica especializada. Foi possível, neste evento, apresentar um poster intitulado de “Transição para a parentalidade: comunicação entre pais e avós” (Apêndice VI).

Paralelamente, participei nas reuniões semanais de serviço da USF B, nas quais foram dinamizados momentos de formação interna e discussão de casos clínicos. Estas reuniões constituíram um espaço privilegiado de aprendizagem colaborativa, permitindo a partilha de experiências entre os diferentes profissionais da equipa e a reflexão conjunta sobre práticas assistenciais, dificuldades encontradas e estratégias de intervenção junto das famílias acompanhadas. A discussão interdisciplinar de situações clínicas complexas contribuiu para o desenvolvimento de competências de análise crítica, tomada de decisão clínica e articulação em equipa.

Para além da participação enquanto formanda, tive também oportunidade de assumir um papel ativo no processo de aprendizagem da equipa, dinamizando uma sessão de formação intitulada “Os desafios da Comunicação” (Apêndice IV). Esta iniciativa teve como objetivo promover a reflexão sobre a importância da comunicação eficaz no contexto da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na relação com os utentes, famílias e equipa multidisciplinar. A preparação e dinamização desta formação permitiram consolidar conhecimentos na área da comunicação em saúde, bem como desenvolver competências pedagógicas e de partilha de conhecimento em contexto profissional.

Assim, estas experiências contribuíram para o fortalecimento da minha identidade profissional, reforçando a importância da aprendizagem contínua, da partilha de conhecimento e da reflexão crítica sobre a prática como elementos essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Promoção da Inovação, Investigação e Gestão em Saúde Familiar

No âmbito da promoção da inovação, investigação e gestão em saúde familiar, procurei integrar a investigação científica na prática clínica, reconhecendo a importância da evidência científica na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias. Neste contexto, desenvolvi um projeto de investigação no âmbito do presente relatório de EC, que implicou a conceção do desenho metodológico, a definição dos objetivos de investigação, a seleção dos instrumentos de recolha de dados e a planificação das etapas de implementação no terreno. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Leiria, tendo obtido parecer favorável para a sua realização, garantindo o cumprimento dos princípios éticos associados à investigação em saúde, nomeadamente no que respeita ao consentimento informado, confidencialidade e proteção dos dados dos participantes.

Após a aprovação ética, procedi à implementação do estudo em contexto de CSP, através da aplicação de questionários e realização de entrevistas junto das famílias participantes. Este processo permitiu recolher dados relevantes sobre a realidade das famílias acompanhadas, contribuindo para uma melhor compreensão das suas necessidades e para a fundamentação das intervenções de enfermagem desenvolvidas no âmbito da enfermagem de saúde familiar. A integração desta investigação na prática clínica possibilitou o desenvolvimento de competências de pensamento crítico e de análise científica, permitindo consolidar a evidência científica como base para a tomada de decisão em enfermagem.

Para além disso, durante a minha prática clínica tive oportunidade de divulgar conhecimento científico na área da saúde familiar, através da apresentação de uma comunicação no V Fórum da Diabetes intitulada “O poder da negociação na Diabetes – O Papel do Enfermeiro de Família” (Anexo VI). Esta participação permitiu partilhar experiências e refletir sobre estratégias de intervenção do enfermeiro de família na promoção da adesão terapêutica em pessoas com diabetes. Paralelamente, também participei no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar, contribuindo, enquanto mestranda na organização do evento (Anexo VII).

Em paralelo, utilizei os sistemas de informação disponíveis para melhorar a resposta em saúde familiar, reconhecendo como mais-valia a formação académica recebida na área da capacitação digital e na utilização eficaz da plataforma SClínico®. A utilização destes sistemas permitiu otimizar os registos clínicos, apoiar a monitorização de indicadores de saúde e contribuir para a continuidade dos cuidados prestados às famílias.

Por fim, tive oportunidade de participar em atividades de gestão com a enfermeira supervisora e coordenadora da unidade, nomeadamente na análise de indicadores da equipa e na reflexão sobre estratégias organizacionais que visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos profissionais de saúde. Estas experiências permitiram compreender a importância da gestão clínica e organizacional na promoção de serviços de saúde mais eficientes e centrados nas necessidades das famílias.

Reflexão Crítica sobre os Sistemas de Informação e o Modelo MDAIF

Os sistemas de informação em saúde desempenham atualmente um papel fundamental no apoio à prática clínica, permitindo registar, organizar e partilhar informação relevante para a continuidade dos cuidados. No contexto dos CSP, a plataforma SClínico® constitui uma ferramenta essencial para o registo da atividade assistencial e para a monitorização de indicadores de saúde. No entanto, apesar das melhorias que têm sido

introduzidas ao longo dos últimos anos, persistem algumas fragilidades na sua utilização no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Uma das principais limitações identificadas prende-se com a dispersão da informação relativa à família pelos diferentes separadores do sistema, frequentemente organizados em função do indivíduo e dos programas de saúde, o que pode dificultar uma visão integrada da família enquanto unidade de cuidados. Esta organização tende a privilegiar uma abordagem centrada no indivíduo, podendo limitar a representação da complexidade das dinâmicas familiares e das interações entre os seus membros, que constituem elementos centrais na prática da Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste sentido, torna-se necessário complementar a utilização do sistema de informação com referenciais teóricos que permitam estruturar a avaliação e a intervenção junto das famílias. O MDAIF assume, neste contexto, um papel particularmente relevante, uma vez que fornece um quadro conceptual que orienta a recolha sistemática de dados, a análise das dinâmicas familiares e o planeamento de intervenções de enfermagem centradas na família.

A utilização do MDAIF permite organizar a informação clínica de forma estruturada, integrando dimensões relacionadas com a estrutura familiar, o funcionamento e as transições do ciclo vital. Este modelo favorece uma abordagem holística da família, possibilitando identificar recursos, vulnerabilidades e necessidades específicas que nem sempre são evidentes quando a informação se encontra dispersa em diferentes registos eletrónicos.

Durante o EC, a articulação entre os registos efetuados no SClínico® e a utilização do MDAIF revelou-se particularmente útil para apoiar a tomada de decisão clínica. O modelo permitiu orientar a avaliação familiar e estruturar o raciocínio clínico, enquanto o sistema informático assegurou o registo formal das intervenções realizadas e a partilha de informação com a restante equipa de saúde.

Assim, apesar das limitações identificadas nos sistemas de informação atualmente disponíveis, considero que a utilização de modelos teóricos como o MDAIF constitui uma estratégia fundamental para garantir que a prática do enfermeiro de família se mantém centrada na família enquanto unidade de cuidados, promovendo uma intervenção sistemática, reflexiva e ajustada às necessidades das famílias acompanhadas.

5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação em enfermagem constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento científico da profissão, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, para a tomada de decisão baseada na evidência e para a promoção da segurança e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades. No entanto, a produção de conhecimento científico exige o cumprimento rigoroso de procedimentos formais e éticos, de forma a salvaguardar os direitos dos participantes e a integridade do processo de investigação.

Do ponto de vista ético, a investigação em enfermagem deve respeitar princípios universais como a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, os quais estão expressamente refletidos no Código Deontológico do Enfermeiro. Este código estabelece que o enfermeiro tem o dever de exercer a sua atividade com respeito pela dignidade humana, pela liberdade e pelos direitos fundamentais da pessoa, princípios que se estendem à prática da investigação científica (OE, 2015).

Assim, qualquer recolha de dados realizada deve salvaguardar os direitos, a segurança e o conforto dos participantes, evitando a exposição a qualquer risco desnecessário. O respeito pela autonomia dos participantes implica a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo que os indivíduos compreendem os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais riscos e benefícios, bem como o direito de recusar ou abandonar a investigação sem qualquer prejuízo. O Código Deontológico do Enfermeiro sublinha que o enfermeiro deve assegurar o direito à informação e à decisão esclarecida, o que assume particular relevância no contexto da investigação (OE, 2015).

A confidencialidade e a proteção dos dados pessoais constituem igualmente princípios éticos fundamentais. O enfermeiro investigador tem a responsabilidade de proteger a privacidade dos participantes, assegurando o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida. Este dever ético encontra-se consagrado no Código Deontológico, que determina que o enfermeiro deve guardar sigilo profissional relativamente a toda a informação de que tenha conhecimento no exercício da sua atividade, incluindo a investigação científica (OE, 2015).

Para além disso, os procedimentos formais, como a submissão do projeto de investigação a uma comissão de ética, a definição clara da metodologia, a transparência na recolha e análise dos dados e a divulgação honesta dos resultados, são essenciais para garantir a credibilidade científica e ética do estudo. Fortin (2020) refere que a ética na investigação não se limita à proteção dos participantes, abrangendo também a honestidade intelectual, a responsabilidade científica e o rigor metodológico.

Importa ainda referir que o presente trabalho integra dois estudos distintos, de natureza metodológica diferenciada, desenvolvidos de forma sequencial e complementar. O primeiro estudo, de natureza quantitativa, visa a identificação e caracterização de crianças com necessidades de saúde especiais no contexto dos cuidados de saúde primários, enquanto o segundo estudo, de natureza qualitativa, corresponde a um estudo de caso aprofundado de uma família com uma criança com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, centrado na análise do funcionamento familiar e na intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar. Apesar da sua autonomia conceptual e metodológica, ambos os estudos partilham o mesmo enquadramento ético e formal, tendo sido abrangidos pelo mesmo pedido de autorização institucional e parecer da Comissão de Ética, bem como pelos mesmos procedimentos de obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido. Esta abordagem garante a coerência do processo de investigação, assegurando simultaneamente o rigor metodológico e o cumprimento dos princípios éticos subjacentes à investigação em enfermagem.

Neste sentido, o cumprimento dos procedimentos éticos e formais na investigação em enfermagem não constitui apenas uma exigência legal ou académica, mas um dever moral e profissional. Ao agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, o investigador contribui para a valorização da profissão, para a produção de conhecimento fidedigno e para a promoção de cuidados de enfermagem eticamente responsáveis e socialmente relevantes.

Desta forma, todo este processo foi analisado pela Comissão de Ética da ULS Leiria, após envio de todos os documentos solicitados para a realização do estudo, que deu parecer favorável à realização do mesmo a 03/11/2025 segundo a Ata n.º 08 (Apêndice III), sendo também aprovado pelo Conselho de Administração da ULS Leiria a 12/11/2025, segundo a Ata n.º 45 (Apêndice III).

Como mencionado anteriormente, também foi disponibilizado o Consentimento Informado e Esclarecidos (Apêndice II) aos pais/tutores da amostra, que participaram na investigação. O documento disponibilizou diversas informações, nomeadamente a identificação do estudo, a justificação do mesmo, os objetivos, a metodologia utilizada, a duração previsível da sua realização e as informações acerca dos seus benefícios. Para além disso, este documento informava as famílias de que a sua participação seria voluntária e que poderiam decidir não participar e desistir em qualquer momento do estudo. Os dados recolhidos no processo de recolha de dados foram posteriormente destruídos. Assegura-se também que, desta forma, serão mantidos o anonimato, a confidencialidade e proteção de dados, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (União Europeia, 2016)). Todas as famílias que aceitem participar no estudo assinarão o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

ESTUDO 1 – Identificação e caracterização de crianças com necessidades de saúde especiais na USF B

5.1. Enquadramento teórico

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2022), entendem-se por necessidades de saúde especiais aquelas “que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema”, podendo originar perturbações funcionais ou estruturais que requerem a prestação de cuidados diferenciados (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015, citado em OE, 2022, p.4).

Sabe-se que, crianças com NSE apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento de doenças mentais, alterações comportamentais e maior utilização de serviços de saúde, incluindo internamentos hospitalares (Van Dyck et al., 2004, citado em Stevens, Aziz, Wuensch & Walcott, 2024). A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta ainda para a exposição destas crianças a situações como o preconceito, a exclusão social, bem como dificuldades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, salientando a necessidade de uma resposta integrada e eficaz por parte das instituições de saúde (OMS, 2023).

A presença de uma criança com NSE implica desafios significativos não só para a própria criança, mas também para a família enquanto unidade de cuidado. Estes desafios incluem a gestão de procedimentos médicos, administração de terapêutica e apoio nas atividades de vida diária, exigindo uma reorganização das dinâmicas familiares (Javalkar et al., 2017, citado em Stevens et al., 2024). Quando associadas às exigências da vida pessoal e profissional, estas responsabilidades podem constituir um fator de sobrecarga, com impacto negativo na saúde física e mental dos cuidadores (Stevens et al., 2024).

Adicionalmente, a evidência demonstra que cuidadores de crianças com NSE apresentam maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde crônicos, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, dor músculo-esquelética, ansiedade e depressão, comparativamente a cuidadores de crianças sem NSE (Lee et al., 2017; Puka et al., 2019; Caicedo, 2014, citados em Stevens et al., 2024). A estes fatores acresce a sobrecarga financeira associada aos cuidados específicos exigidos por estas crianças (Ghandour et al., 2014, citado em Stevens et al., 2024).

Face a esta realidade, e considerando a família como um sistema dinâmico, caracterizado pela interdependência e reciprocidade entre os seus elementos, torna-se fundamental a identificação precoce de crianças com NSE em contexto de cuidados de saúde primários. Esta identificação permite não só o acompanhamento longitudinal ao longo do ciclo vital, como também a implementação de intervenções precoces que visem prevenir complicações e promover o funcionamento familiar saudável.

Neste contexto, os CSP, e em particular as Unidades de Saúde Familiar, assumem um papel privilegiado na deteção e monitorização destas situações, dada a sua proximidade à população e a continuidade de cuidados prestados. Assim, a utilização de instrumentos de rastreio validados, como o *Children with Special Health Care Needs Screener* © (CSHCN Screener ©), revela-se fundamental, permitindo identificar crianças com NSE com base nas consequências funcionais das suas condições de saúde, independentemente da existência de um diagnóstico clínico formal.

Deste modo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de identificar e caracterizar crianças com NSE na USF B, contribuindo para a produção de evidência científica que suporte a tomada de decisão clínica e o planeamento de cuidados de enfermagem centrados na criança e na família. A identificação destas necessidades permitirá orientar intervenções mais adequadas por parte do enfermeiro de família, promovendo cuidados personalizados, contínuos e baseados na evidência.

Paralelamente, considerando a complexidade das dinâmicas familiares associadas às NSE, torna-se essencial recorrer a instrumentos de avaliação que contemplem a família nas suas diferentes dimensões, de forma a identificar áreas de vulnerabilidade e de potencial intervenção. Esta abordagem integrada reforça a importância de uma prática de enfermagem centrada na família, sustentada em referenciais teóricos e instrumentos validados, com vista à promoção do bem-estar e da funcionalidade familiar (Okido et al., 2018).

5.2. Metodologia

Após a apresentação da base teórica no ponto anterior, procede-se à descrição organizada e objetiva da metodologia utilizada e das fases que compuseram o desenvolvimento desta investigação, de forma a reforçar a credibilidade e a consistência dos resultados obtidos.

5.2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado através da aplicação do CSHCN Screener © com o objetivo de identificar e caracterizar crianças com NSE no contexto dos cuidados de saúde primários.

De acordo com os objetivos específicos definidos, o presente estudo procura responder às seguintes questões de investigação:

- 1) Quais são as principais condições de saúde e necessidades presentes nas crianças com NSE identificadas na USF B, no que respeita ao tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso de medicação,

utilização de serviços de saúde e terapias, bem como alterações na funcionalidade, de acordo com o CSHCN Screener ©?

- 2) Quais são as características sociodemográficas das crianças com necessidades especiais de cuidados de saúde identificadas na USF B?

As questões de investigação formuladas permitiram orientar a recolha e análise de dados garantindo coerência entre os objetivos definidos, os instrumentos utilizados e os resultados obtidos. Podemos, então, considerar que este estudo apresenta como objetivo principal:

- Identificar crianças com NSE em USF B;

Como objetivos específicos, podemos considerar:

- Descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças com NSE identificadas na USF B, incluindo o tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso de medicação, utilização de serviços de saúde e terapias e alterações na funcionalidade, através da aplicação do CSHCN Screener ©;

- Caracterizar a nível sociodemográfico as crianças com NSE identificadas na USF B.

5.2.2. População e Amostra

A população corresponde ao conjunto total de indivíduos, elementos ou unidades que partilham características comuns definidas pelo investigador e sobre os quais se pretendem obter conclusões e generalizar os resultados do estudo (Creswell & Creswell, 2028). É definida por determinados critérios de inclusão identificados pelo investigador, que delimitam a amostra e a tornam num grupo homogéneo (Fortin, Côte & Filion, 2009).

A população em estudo foi composta por mães e/ou pais, com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 354 dias, inscritos na USF B. No entanto, o que se procura é construir uma amostra em que, observando uma porção relativamente mais reduzida de unidades, se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos caso estudássemos uma população (Vilelas, 2022).

A amostragem em estudo foi de natureza não probabilística, por conveniência, composta pelas famílias inscritas na USF B que vieram às consultas, do programa nacional de saúde infantil ou juvenil, no período de 20 de novembro de 2025 a 31 de janeiro de 2026 e que cumprissem os critérios de seleção da amostra. Mediante o interesse em participar no estudo, foram aplicados os instrumentos de recolha de dados. Assim, os resultados obtidos permitiram calcular uma prevalência observada no grupo avaliado, reconhecendo-se que esta não representa necessariamente a totalidade da população pediátrica inscrita na USF B. Apesar desta limitação, esta abordagem metodologicamente é altamente relevante para o planeamento dos cuidados, na medida que viabiliza a identificação precoce de crianças com NSE, contribuindo para a resposta orientada das equipas de saúde familiar.

Foi tido em conta o critério de inclusão: As famílias, mães e/ou pais, com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias. E como critério de exclusão: As famílias, mães e/ou pais, que não aceitassem participar no estudo e as famílias com filhos fora do intervalo mencionado.

5.2.3. Instrumento da colheita de dados

Vilelas (2022) descreve um instrumento de recolha de dados como qualquer meio ou ferramenta utilizada pelo investigador para observar, medir ou analisar fenómenos, permitindo a obtenção de informação relevante para o estudo.

Para identificar famílias com crianças com NSE existe atualmente um instrumento, já validado para a população portuguesa, o CSHCN Screener ©. O CSHCN Screener © é um instrumento de rastreio desenvolvido com o objetivo de identificar crianças e adolescentes que apresentam NSE, independentemente de um diagnóstico clínico específico (Pires et al., 2026). Este instrumento foi desenvolvido no âmbito do *Child and Adolescent Health Measurement Initiative* e tem sido amplamente utilizado em contextos clínicos, comunitários e de investigação em saúde infantil.

O CSHCN Screener © baseia-se numa abordagem centrada nas consequências funcionais das condições de saúde, em detrimento de uma abordagem exclusivamente diagnóstica. Assim, considera-se que uma criança apresenta NSE quando possui uma condição física, emocional, comportamental ou de desenvolvimento que resulta numa maior necessidade de serviços de saúde ou de apoio, quando comparada com crianças da mesma faixa etária (Pires et al., 2026).

Segundo Pires et al. (2026), o instrumento é constituído por um conjunto de questões dirigidas aos pais ou cuidadores, organizadas em cinco domínios principais:

1. Necessidade ou utilização continua de medicação prescrita;
2. Necessidade de utilização de serviços de saúde acima do habitual;
3. Limitações funcionais nas atividades da vida diária adequadas à idade;
4. Necessidade de serviços educativos ou terapêuticos especializados;
5. Necessidade de acompanhamento ou tratamento devido a problemas emocionais, comportamentais ou de desenvolvimento.

Trata-se de um questionário composto por 14 perguntas, das quais cinco avaliam se a criança apresenta consequências específicas associadas ao seu estado de saúde. Para que a criança seja considerada como tendo NSE, devem verificar-se determinados critérios, nomeadamente: experienciar atualmente uma consequência específica; essa consequência resultar de uma condição ou problema de saúde; e a duração expectável dessa condição ser igual ou superior a 12 meses (Pires et al., 2026).

Assim, este instrumento permite distinguir situações transitórias de condições crónicas com implicações significativas na funcionalidade da criança e da família. O CSHCH Screener© constitui, portanto, um instrumento válido para a identificação de crianças com NSE, podendo ser aplicado em diferentes contextos, incluindo o contexto comunitário e escolar, facilitando a identificação precoce destas situações e a adequada referência para cuidados de saúde diferenciados (Pires et al., 2026). Importa ainda referir que este instrumento foi alvo de adaptação transcultural e validação psicométrica para a população portuguesa em contexto escolar, demonstrando propriedades psicométricas adequadas para a sua utilização em Portugal (Pires et al., 2026).

O CSHCN Screener © destaca-se pela sua simplicidade, rapidez de aplicação e robustez psicométrica, apresentando bons níveis de validade e fiabilidade. Por estas características, constitui uma ferramenta relevante para a identificação precoce de crianças com NSE, contribuindo para o planeamento de cuidados

centrados na criança e na família, bem como para a definição de políticas e estratégias de intervenção em saúde infantil (Bethell et al., 2015).

Assim sendo, foi aplicada na USF B a versão em português europeu do instrumento CSHCN Screener ©. Este é composto por uma parte de caracterização de dados sociodemográficos e uma segunda parte com caracterização das condições de saúde. Os dados recolhidos foram integrados no registo clínico existentes, nomeadamente no ficheiro de família, fortalecendo os indicadores de monitorização dos serviços de saúde comunitária. Adicionalmente, foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos das crianças, permitindo uma caracterização descritiva da situação de saúde, incluindo diagnóstico, condições associadas e tipo de acompanhamento em estudo.

As famílias responderam aos questionários após aceitar fazê-lo livremente e com conhecimento do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II).

5.2.5. Tratamento de dados

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao seu tratamento e análise estatística recorrendo ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), amplamente utilizado em investigação na área da saúde pela sua fiabilidade, robustez e facilidade na gestão e análise de dados quantitativos.

Numa fase inicial, os dados obtidos através dos questionários aplicados foram introduzidos numa folha de cálculo do *Microsoft Excel*®, tendo sido posteriormente importados para o SPSS®. Este procedimento permitiu uma organização sistemática da base de dados e uma verificação preliminar da consistência da informação recolhida. Todas as variáveis foram codificadas numericamente, de forma a facilitar o tratamento estatístico, sendo atribuídos rótulos às variáveis e aos respetivos valores, garantindo a correta interpretação dos dados.

Seguidamente, foi realizada a verificação da qualidade dos dados, nomeadamente a identificação de valores omissos, inconsistências ou erros de introdução, procedendo-se às correções necessárias. As variáveis foram classificadas de acordo com a sua natureza, distinguindo-se variáveis nominais. Foram utilizadas tabelas de frequências descritiva para as variáveis nominais.

No que respeita ao CSHCN Screener © os critérios definidos no instrumento foram respeitados para a identificação das crianças com NSE, tendo sido criadas variáveis derivadas que permitiram classificar as crianças de acordo com o cumprimento dos domínios e critérios estabelecidos. Esta análise possibilitou a identificação das crianças com NSE e a sua caracterização em função das consequências funcionais reportadas.

5.3. Resultados e discussão

Ao analisarmos os resultados obtidos através do CSHCN Screener © verifica-se que a amostra foi constituída por 19 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 8 anos, apresentando uma distribuição equilibrada entre os sexos (Tabela 3).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Masculino	9	47,4
Feminino	10	52,6
Idade (anos)		

Mínimo	3	—
Máximo	8	—
Total	19	100%

Tabela 3- Número de elementos relativamente ao sexo e idade mínima e máxima

Segundo os dados fornecidos pela Tabela 4, a maioria das crianças não se encontra sob medicação regular e não apresenta histórico de internamentos, incluindo no último ano, sugerindo uma população saudável.

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Medicação regular		
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Internamentos		
Não	17	89,5
Sim	2	10,5
Internamentos Hospitalares nos últimos anos		
Não	18	94,7
Sim	1	5,3

Tabela 4- Número de elementos que cumprem medicação regular, histórico de internamentos e número de internamentos hospitalares no último ano

A análise dos cinco domínios do CSHCN Screener © revelou uma baixa prevalência de respostas positivas, indicando reduzida expressão de necessidades especiais de cuidados de saúde na amostra (Tabela 5). O Domínio 1, referente à necessidade de medicação ou tratamento devido a condição de saúde, apresentou baixa expressão, sugerindo que poucas crianças necessitam de acompanhamento clínico contínuo. De forma semelhante, os Domínios 2 e 4, relacionados com a utilização aumentada de serviços de saúde e necessidades especiais de cuidados, respetivamente, revelaram valores reduzidos, reforçando a ideia de consequências da doença no quotidiano da maioria das crianças.

No que respeita ao Domínio 3, relativo à limitação funcional, verificou-se que praticamente todas as crianças não apresentavam restrições significativas nas suas atividades diárias, o que é consistente com a ausência de diagnósticos clínicos relevantes na maioria da amostra. Estes resultados sugerem que, mesmo nos casos em que existe diagnóstico médico identificado, este não se traduz necessariamente em limitação funcional ou dependência acrescida de cuidados.

O Domínio 5, associado a problemas emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento, apesar de apresentar apenas um caso positivo, assume particular relevância clínica. A identificação de problemas desta natureza, ainda que pontual, é consistente com a literatura, que destaca a importância da vigilância da saúde mental infantil e do desenvolvimento, mesmo em contextos de baixa prevalência de doença crónica. Este resultado reforça o papel dos profissionais de saúde na deteção precoce e no acompanhamento destas situações.

Domínio	Frequência (n)	Percentagem (%)
Domínio 1 – Necessidade de medicação/tratamento	3	15,8
Domínio 2 – Utilização aumentada de serviços de saúde	2	10,5
Domínio 3 – Limitação funcional	1	5,3
Domínio 4 – Necessidades especiais de cuidados	2	10,5
Domínio 5 – Problemas emocionais/comportamentais	1	5,3

Tabela 5- Resultados do CSHCN Screener por domínios

No que concerne ao acompanhamento e tratamento, a maioria das crianças não realizava tratamento farmacológico, sendo a mãe identificada como principal responsável pelo tratamento nos casos em que este existia (Tabela 6).

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Diagnóstico médico		
Não	14	73,7
Sim	5	26,3
Tratamento farmacológico		
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Responsável pelo tratamento		
Mãe	10	100

Tabela 6- Presença de diagnóstico clínico, tratamento farmacológico e responsável pelo tratamento

Relativamente à área de diagnóstico clínico, verificou-se que a maioria das crianças não apresentava diagnóstico médico identificado. Nos casos em que foram reportados diagnósticos, estes foram maioritariamente agrupados em áreas de patologia respiratória e do neuro desenvolvimento, incluindo o TDAH, bem como, de forma pontual, em patologia emocional ou comportamental. Algumas crianças apresentaram mais do que um diagnóstico, evidenciando a coexistência de condições clínicas, ainda que sem repercussão significativa nos restantes indicadores de saúde avaliados.

Área de diagnóstico médico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem diagnóstico médico identificado	14	73,7
Patologia respiratória	2	10,5
Patologia do neurodesenvolvimento	2	10,5
Patologia emocional/comportamental	1	5,3
Outras patologias	0	0,0

Tabela 7- Distribuição das áreas de diagnóstico médico

A reduzida expressão de diagnósticos respiratórios e do neuro desenvolvimento encontra-se alinhada com os resultados obtidos nos domínios do CSHCN Screener ©, nomeadamente no que respeita à limitação funcional e à necessidade de cuidados acrescidos, que se revelaram pouco expressivos. Estes dados sugerem que, no contexto da amostra estudada, a presença de diagnóstico médico não implica, necessariamente, uma condição de elevada complexidade clínica.

Diagnóstico médico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem diagnóstico médico identificado	12	63,2
Asma	2	10,5
Transtorno de Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	2	10,5
Insuficiência respiratória	1	5,3
Púrpura Trombocitopénica Imune	1	5,3
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	1	5,3
Total	19	100

Tabela 8- Distribuição diagnósticos médicos identificados

De forma geral, os resultados evidenciam uma população maioritariamente saudável, com baixa prevalência de condições crónicas, necessidades acrescidas de cuidados de saúde e limitações funcionais. A maioria das crianças não se encontravam sob medicação regular, não apresentavam histórico de internamentos e não necessitavam de cuidados de saúde diferenciados no último ano, o que se reflete na reduzida expressão dos domínios do CSHCN Screener © relacionados com a utilização aumentada de serviços de saúde.

Nos casos em que foi identificado diagnóstico médico, observou-se uma predominância de patologias do foro respiratório e do neuro desenvolvimento, bem como a presença pontual de diagnósticos emocionais ou comportamentais. A baixa frequência destes diagnósticos sugere que, apesar de existirem situações clínicas relevantes, estas não assumem expressão quantitativa significativa na amostra, o que limita a sua generalização, mas não invalida a sua relevância clínica.

As patologias respiratórias, ainda que pouco representadas, constituem uma das condições crónicas mais frequentemente associadas à infância, podendo implicar necessidade de vigilância continuada, uso ocasional de terapêutica e maior contacto com os serviços de saúde. No presente estudo, a reduzida expressão deste tipo de diagnóstico encontra-se alinhada com os resultados obtidos nos domínios do CSHCN Screener © relacionados com a utilização aumentada de serviços de saúde, que também se revelaram pouco expressivos.

Relativamente aos diagnósticos do neuro desenvolvimento, a sua identificação, mesmo em número reduzido, assume particular importância clínica e em saúde pública. Este tipo de patologia pode associar-se a necessidades específicas a nível do acompanhamento, da intervenção precoce e do apoio familiar. No entanto, no contexto desta amostra, estes diagnósticos não se traduziram em limitação funcional significativa nem em necessidades acrescidas de cuidados, conforme evidenciado pelos resultados dos domínios 3 e 4 do CSHCN Screener ©

Os diagnósticos emocionais ou comportamentais, apesar de pouco frequentes, merecem especial atenção, uma vez que este tipo de patologia pode ter implicações relevantes no desenvolvimento da criança e no funcionamento familiar. A identificação destes casos é consistente com o domínio 5 do CSHCN Screener ©,

que revelou a presença de problemas emocionais com duração superior a 12 meses, ainda que em apenas um participante. Este achado reforça a importância da vigilância em saúde mental infantil, mesmo em populações majoritariamente saudáveis, conforme observado anteriormente.

A opção por uma análise descritiva dos diagnósticos mostrou-se metodologicamente adequada, atendendo à dimensão reduzida da amostra e à heterogeneidade das patologias identificadas.

Em síntese, os dados obtidos na área de diagnóstico reforçam os resultados globais do estudo, apontando para uma baixa prevalência de condições crônicas e diagnósticos clínicos relevantes, com repercussão nas necessidades especiais de cuidados de saúde. Contudo, a presença de diagnósticos do aparelho respiratório e neuro desenvolvimento sublinha a importância do papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, na identificação precoce, acompanhamento contínuo e apoio às famílias.

5.4. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo identificar e caracterizar as necessidades especiais de cuidados de saúde em crianças no contexto dos cuidados de saúde primários, com *recurso ao* CSHCN Screener ©, permitindo produzir evidência científica relevante para o planeamento de cuidados.

Os resultados evidenciaram que a maioria das crianças identificadas não apresentava diagnóstico médico formal, nem necessidade de medicação regular ou utilização frequente de serviços de saúde especializados. No entanto, foram identificadas situações clínicas relevantes, nomeadamente nas áreas respiratória e do neurodesenvolvimento, com destaque para o Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Apesar da sua baixa frequência na amostra, este diagnóstico assume particular relevância clínica, devido às suas implicações ao nível da autorregulação, desempenho escolar e exigências parentais acrescidas.

A aplicação do CSHCN Screener © permitiu demonstrar que as necessidades especiais de cuidados de saúde se manifestam sobretudo ao nível da vigilância contínua, da duração prolongada das condições e das suas repercussões na funcionalidade da criança, reforçando a importância de uma abordagem centrada nas consequências funcionais e não exclusivamente no diagnóstico clínico.

Relativamente às características sociodemográficas, verificou-se uma distribuição heterogénea das crianças com NSE, sem concentração em grupos específicos, o que reforça a necessidade de uma resposta flexível e individualizada por parte dos profissionais de saúde.

Como principal limitação deste estudo destaca-se a reduzida dimensão da amostra e a utilização de informação reportada pelos cuidadores, condicionando a generalização dos resultados. Ainda assim, a abordagem adotada revelou-se pertinente no contexto da prática clínica, permitindo a identificação precoce de necessidades e contribuindo para o planeamento de cuidados centrados na criança e na família.

Em síntese, este estudo reforça a relevância da utilização de instrumentos de rastreio validados nos cuidados de saúde primários, evidenciando a importância da identificação precoce das NSE e do papel do enfermeiro de família na monitorização e resposta às necessidades da população pediátrica.

ESTUDO 2 – Avaliação da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar numa família com uma criança com transtorno do défice de atenção e de hiperatividade em contexto de USF

5.5. Enquadramento teórico

O Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado uma das perturbações do neuro desenvolvimento mais frequentes na infância, caracterizando-se por padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem com o funcionamento e desenvolvimento da criança. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) da OMS, o TDAH integra o grupo das perturbações do neuro desenvolvimento, sendo reconhecido como uma das condições mais prevalentes neste domínio (World Health Organization, 2019).

Em Portugal, a prevalência do TDAH varia de acordo com os critérios diagnósticos e os métodos de avaliação utilizados, situando-se entre 4% e 5% em estudos anteriores (Rodrigues & Antunes, 2014), podendo atingir valores entre 5% e 8% segundo dados mais recentes, em linha com o observado a nível internacional (Ferreira, 2023). O diagnóstico ocorre, na maioria dos casos, antes dos 12 anos de idade, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2023).

Para além do impacto ao nível individual, o TDAH apresenta repercussões significativas no contexto familiar. O diagnóstico de uma condição crónica ou do neuro desenvolvimento constitui frequentemente um momento de transição para a família, implicando a adaptação a uma nova realidade marcada por exigências acrescidas ao nível da gestão, organização das rotinas e expectativas parentais. Este processo pode gerar níveis elevados de *stress*, associado à necessidade de lidar com as respostas emocionais e com as alterações no funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011).

Neste contexto, as famílias necessitam de desenvolver estratégias de adaptação que permitam reorganizar o seu funcionamento face às exigências impostas pela condição da criança, integrando novas rotinas, regras e papéis familiares (Meleis, 2010). A evidência demonstra que o impacto do TDAH ultrapassa a esfera individual da criança, influenciando a dinâmica familiar, a qualidade das interações e o bem-estar global dos seus membros, o que reforça a importância de uma abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados.

À luz da Enfermagem de Saúde Familiar, a família é entendida como um sistema dinâmico, em que os seus elementos interagem e se influenciam mutuamente, sendo afetados pelas transições ao longo do ciclo vital. Neste sentido, a avaliação do funcionamento familiar torna-se fundamental para a identificação de necessidades, recursos e estratégias de adaptação, permitindo orientar intervenções de enfermagem adequadas e centradas na família.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) constitui um referencial teórico essencial neste âmbito, possibilitando uma análise estruturada da família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional (Wright & Leahey, 2011). A aplicação deste modelo permite compreender de forma integrada a organização familiar, as relações entre os seus membros e as estratégias utilizadas face a situações de saúde/doença, facilitando a identificação de áreas de intervenção prioritárias.

Para além do MCAIF, a avaliação do funcionamento familiar pode ser enriquecida pela utilização de instrumentos padronizados que permitem uma análise mais objetiva e multidimensional das dinâmicas familiares. Entre estes, destaca-se o APGAR Familiar, que possibilita avaliar a perceção dos membros relativamente à funcionalidade familiar, nomeadamente ao nível da adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e resolução de problemas. Paralelamente, as escalas de risco familiar, como a de García-González e a de Segovia-Dreyer, permitem identificar fatores de vulnerabilidade associados às condições sociodemográficas, económicas e de saúde, contribuindo para a estratificação do risco familiar. A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe possibilita avaliar o impacto de acontecimentos de vida stressantes, enquanto a Escala

FACES II permite analisar dimensões fundamentais do funcionamento familiar, como a coesão e a adaptabilidade, no âmbito do modelo circumplexo. A utilização combinada destes instrumentos, articulada com o referencial do MCAIF, permite uma compreensão mais abrangente e integrada da família, sustentando a definição de intervenções de enfermagem mais adequadas e centradas nas necessidades identificadas.

No contexto dos CSP, e em particular das Unidades de Saúde Familiar, o enfermeiro de família assume um papel privilegiado na avaliação e acompanhamento de famílias com crianças com TDAH, dada a proximidade, continuidade e conhecimento do contexto familiar. A intervenção baseada em modelos teóricos estruturados e em instrumentos de avaliação familiar validados permite desenvolver cuidados mais eficazes, promovendo a adaptação familiar e a melhoria do bem-estar da criança e dos seus cuidadores.

Deste modo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender o funcionamento de uma família com uma criança com diagnóstico de TDAH, no contexto da USF B, através de uma abordagem qualitativa e centrada na família. Pretende-se, assim, identificar necessidades, recursos e estratégias de adaptação que possam orientar a intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar, contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e adequadas à realidade dos cuidados de saúde primários.

5.6. Metodologia

A metodologia definida entende-se como o conjunto de procedimentos, técnicas e estratégias que orientam a recolha e o tratamento da informação necessária para responder às questões de investigação e solucionar os problemas identificados. O objetivo é gerar novo conhecimento, passível de validação científica e que origine benefícios práticos para os utentes (Prodanov & Freitas, 2013).

5.6.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, concretizada através de um estudo de caso, centrado numa família com uma criança com NSE, com diagnóstico de TDAH, permitindo uma análise aprofundada da influência da condição da criança na sua família.

De acordo com os objetivos específicos definidos, o presente estudo procura responder às seguintes questões de investigação:

1. Qual o nível de funcionalidade e de risco familiar numa família com uma criança com TDAH identificada na USF B?
2. Que fatores de risco e de proteção emergem da análise das dimensões avaliadas pelos instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o apoio emocional e afetivo, a adaptação e resolução de problemas, a participação e coesão familiar, a comunicação e o funcionamento interno, numa família com criança com TDAH identificada na USF B?
3. Como se caracteriza a família com criança com TDAH identificada na USF B, no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, de acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar?

As questões de investigação formuladas permitiram orientar a recolha e análise de dados garantindo coerência entre os objetivos definidos, os instrumentos utilizados e os resultados obtidos. Podemos, então, considerar que este estudo apresenta como objetivo principal:

- Avaliar a estrutura, desenvolvimento e a funcionalidade de uma família com criança com TDAH identificada na USF B.

Como objetivos específicos, podemos considerar:

- Aplicar instrumentos padronizados de avaliação familiar a uma família de criança com TDAH identificada na USF B, nomeadamente o APGAR Familiar, a Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, a Escala de Risco Familiar de García-González; Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e Escala FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales).

- Analisar as dimensões avaliadas pelos instrumentos utilizados, identificando fatores de risco e proteção no contexto familiar, nomeadamente o apoio emocional e afetivo, a adaptação e resolução de problemas, a participação e coesão familiar e a comunicação e funcionamento interno, numa família com criança com TDAH identificada na USF B;

- Enquadrar a avaliação familiar segundo o MCAIF, descrevendo aspetos relativos à estrutura (composição familiar, genograma e ecomapa), desenvolvimento (fases do ciclo vital familiar e papéis familiares) e funcionamento (interações, suporte e estratégias face à doença), numa família com criança TDAH identificada na USF B.

5.6.2. População e Amostra

Posteriormente, procedeu-se à seleção de uma família do ficheiro da enfermeira orientadora da USF B com uma criança com NSE, por conveniência. A escolha desta família teve como objetivo permitir uma análise qualitativa aprofundada da repercussão da condição de saúde na funcionalidade familiar. Considerou-se que o estudo de caso constituía uma estratégia metodológica adequada para explorar de forma mais detalhada as experiências, dinâmicas e processos de adaptação da família perante a condição da criança, possibilitando compreender uma realidade que, muitas vezes, permanece pouco explorada em estudos de natureza quantitativa.

Foi tido em conta o critério de inclusão: As famílias, mães e/ou pais, com crianças com NSE com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias, inscritos na USF B, no ficheiro da enfermeira orientadora. E como critério de exclusão: As famílias, mães e/ou pais, que não aceitassem participar no estudo e as famílias com filhos fora do intervalo mencionado.

Assim, a abordagem qualitativa permitiu analisar de forma mais aprofundada as interações familiares, os recursos mobilizados e as estratégias de adaptação desenvolvidas pela família, contribuindo para uma melhor compreensão do impacto da doença no funcionamento familiar e para a fundamentação de intervenções de enfermagem centradas na família.

5.6.3. Instrumentos da colheita de dados

A avaliação do funcionamento familiar, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, exige a utilização de referenciais teóricos e instrumentos estruturados que permitam uma análise sistematizada, abrangente e centrada na família enquanto unidade de cuidados. Neste sentido, a seleção dos instrumentos de recolha de dados teve como objetivo possibilitar uma compreensão integrada das diferentes dimensões da família, incluindo os seus aspetos estruturais, desenvolvimentais e funcionais, bem como a identificação de fatores de risco e de proteção.

Neste enquadramento, a OE (OE, 2023) preconiza o MCAIF (Anexo IV) como referencial teórico a implementar na abordagem familiar, já que se apresenta como um instrumento que reconhece a família como um sistema, aberto e sujeito a constante mutação, baseando-se em referenciais teóricos relevantes na compreensão do funcionamento familiar, nomeadamente a Teoria dos Sistemas, a Cibernética, a Comunicação e a Teoria da Mudança, e que permite avaliar as dimensões estrutural, desenvolvimental e de funcionamento da família, possibilitando assim uma visão completa e estruturada desta (Wright & Leahy, 2011; OE, 2023, p.2).

Para melhor compreensão do funcionamento da família, aplicou-se a escala de APGAR familiar de Smilkstein (Anexo V), uma escala que se baseia na noção de que os elementos da família entendem o funcionamento da mesma e que permite averiguar o seu nível de satisfação para com este. É composta por cinco parâmetros, sendo estes a adaptabilidade, a parceria, o crescimento, o afeto e a decisão, e que se refletem em cinco perguntas fechadas. Trata-se de uma escala de autopreenchimento individual, em que a pessoa responderá a cada uma das perguntas com uma de três opções – “quase nunca”, “algumas vezes” e “quase sempre” -, às quais se atribui pontuação – nenhum, um ou dois, respetivamente. A soma final da pontuação atribuída a cada pergunta traduz-se no nível de funcionamento da família, sendo que entre 0 e 3 pontos corresponde a disfunção acentuada, 4 a 6 pontos a disfunção moderada e 7 a 10 pontos a alta funcionalidade. A escala de APGAR familiar é um instrumento habitualmente utilizado pela sua praticidade, permitindo rapidamente obter uma noção da satisfação dos elementos perante o funcionamento da sua família, nas suas diferentes componentes (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

Foi também aplicada a Escala de Risco familiar de Garcia Gonzalez, um instrumento largamente utilizado que integra seis parâmetros de avaliação, nas vertentes demográfica, socioeconómica e da saúde, a cada um dos quais se atribui um ponto, sendo que ao somatório final corresponde um grau de risco familiar, nomeadamente entre 0 e 1 pontos a baixo risco, 2 a 4 pontos a médio risco e mais de 4 pontos a alto risco (Bispo, Santiago, Rosendo & Simões, 2022).

A Escala de Segóvia-Dreyer, também foi aplicada, contemplando um conjunto de critérios de risco aos quais se atribui um ou dois pontos, sendo que o somatório final dos pontos atribuídos a cada um dos critérios resultará no nível de risco familiar, sendo que entre 0 e 3 pontos equivale a baixo risco, entre 4 e 6 pontos a médio risco e mais de 10 pontos a alto risco (Castelo Branco, 2013).

Para além das escalas anteriormente referidas, foram também utilizadas a Escala de Readaptação Social e a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES II), instrumentos previstos para utilização no âmbito do processo de enfermagem à família, de acordo com as orientações definidas pela tutela. A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é um instrumento que avalia a repercussão de acontecimentos de vida *stressantes* na saúde dos indivíduos, com base na atribuição de unidades de mudança de vida a diferentes eventos, permitindo estimar o risco de doença associado ao *stress* (Holmes & Rahe, 1967). O instrumento contempla um conjunto de eventos de vida que exigem adaptação, sendo a pontuação total indicativa da carga de *stress* experienciada.

A Escala FACES II, desenvolvida por Olson e colaboradores, tem como objetivo avaliar o funcionamento familiar, nomeadamente nas dimensões de coesão (ligação emocional entre os membros da família) e adaptabilidade (capacidade de reorganização face a mudanças), no âmbito do Modelo Circumplexo do Funcionamento Familiar (Olson et al., 1982). A análise destas dimensões permite identificar padrões de funcionamento familiar e orientar a intervenção em saúde familiar.

As famílias responderam aos questionários após aceitar fazê-lo livremente e com conhecimento do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II).

5.6.4. Tratamento de dados

O tratamento dos dados relativos ao estudo de caso foi realizado de forma sistematizada e articulada com os objetivos definidos, privilegiando uma análise integrada do funcionamento familiar, sustentada nos referenciais teóricos da Enfermagem de Saúde Familiar.

Relativamente às escalas aplicadas — nomeadamente o APGAR Familiar, a Escala de Risco Familiar de García-González, a Escala de Segovia-Dreyer, a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e a Escala FACES II— procedeu-se ao cálculo das pontuações totais de acordo com as orientações específicas de cada instrumento. Posteriormente, estas pontuações foram classificadas em categorias previamente definidas, correspondentes a níveis de funcionalidade familiar, risco familiar ou carga de stress, permitindo uma interpretação estruturada e comparável dos resultados obtidos.

Paralelamente, a análise dos dados qualitativos foi orientada pelo Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que constituiu o referencial estruturante para a organização e interpretação da informação recolhida. Neste âmbito, procedeu-se à análise da família segundo as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, permitindo caracterizar a sua composição, fase do ciclo vital, padrões de interação, suporte interno e estratégias de adaptação face à condição de saúde da criança.

Os resultados foram organizados e apresentados sob a forma de tabelas e descrição narrativa, de modo a facilitar a sua leitura, interpretação e discussão. Em todas as fases do tratamento de dados foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, em conformidade com os princípios éticos da investigação em enfermagem.

Deste modo, o processo de tratamento de dados permitiu uma análise rigorosa, coerente e contextualizada da realidade familiar em estudo, contribuindo para a identificação de necessidades, recursos e áreas prioritárias de intervenção de enfermagem, promovendo uma abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados.

5.7. Resultados e Discussão

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos no âmbito do estudo de caso desenvolvido (Apêndice I), organizados de acordo com as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional da família, conforme preconizado pelo Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. A sua análise é realizada de forma integrada com a discussão, permitindo uma interpretação crítica dos dados à luz da evidência científica e dos referenciais da Enfermagem de Saúde Familiar.

Os resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação familiar utilizados são apresentados sob a forma de tabela, de modo a facilitar a sua leitura, organização e interpretação, sendo posteriormente analisados de forma articulada com a informação qualitativa recolhida.

A avaliação estrutural revelou tratar-se de uma família nuclear clássica, composta por um casal e três filhas menores, inserida na fase do ciclo vital correspondente à família com filhos em idade escolar, sendo que uma das crianças apresenta NSE, encontrando-se diagnosticada com TDAH. A organização familiar apresenta fronteiras claras entre os subsistemas conjugal, parental e fraterno, com definição adequada de papéis e responsabilidades, o que constitui um fator protetor relevante no funcionamento do sistema familiar. No

entanto, a ausência prolongada do pai por motivos laborais no estrangeiro emerge como um elemento estruturante da dinâmica familiar, implicando uma redistribuição significativa de funções e uma sobrecarga evidente da figura materna enquanto cuidadora principal.

A análise da estrutura externa, através do genograma e do ecomapa, evidenciou a existência de antecedentes familiares relevantes, nomeadamente a presença intergeracional de TDAH, o que sugere uma possível predisposição genética e reforça a necessidade de vigilância do desenvolvimento das restantes crianças. Adicionalmente, identificou-se uma rede de apoio informal moderada, com destaque para o suporte emocional proveniente da família alargada e da comunidade religiosa, apesar da distância geográfica de alguns elementos significativos. Estes recursos assumem particular importância no contexto de parentalidade em situação de vulnerabilidade acrescida, funcionando como fatores de proteção face às exigências do cuidado continuado.

No que respeita à avaliação contextual, a família encontra-se inserida num contexto socioeconómico de classe média-baixa, o que, associado à condição migratória e à instabilidade decorrente da ausência laboral do pai, pode potenciar situações de stress familiar. Contudo, as condições habitacionais adequadas e o acesso a serviços de saúde e educação configuram elementos facilitadores da intervenção em cuidados de saúde primários. A valorização da identidade cultural e religiosa da família revelou-se igualmente central para a compreensão das suas crenças, estratégias de *coping* e formas de adaptação às adversidades.

A nível do desenvolvimento familiar, a presença de uma criança com NSE, associadas a uma perturbação do neuro desenvolvimento, constituiu um fator de transição crítica no ciclo vital da família. Esta situação exigiu a reorganização de rotinas, o ajustamento de expectativas parentais e a mobilização de recursos adicionais, com influência não só a criança em questão, mas todo o sistema familiar. A literatura evidencia que estas transições podem aumentar o risco de sobrecarga parental e de desequilíbrio emocional, sobretudo quando coexistem outros fatores de stress, como a ausência de um dos progenitores, situação observada neste caso.

A avaliação funcional, complementada pela aplicação das escalas, permitiu uma análise mais aprofundada do funcionamento familiar. A aplicação da escala APGAR Familiar revelou uma pontuação de 8 pontos, correspondendo a uma família altamente funcional. Este resultado indica que, apesar das dificuldades identificadas, a família perceciona um adequado nível de suporte interno, comunicação eficaz e capacidade de resolução de problemas, refletindo um funcionamento global positivo.

Em síntese, apresento na seguinte tabela os resultados obtidos na aplicação dos diversos instrumentos para o estudo da funcionalidade de uma família com criança com NSE.

Instrumento	Dimensão avaliada	Resultado obtido	Classificação / Interpretação
APGAR Familiar	Funcionamento familiar global	8 pontos	Família altamente funcional
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	Stress psicossocial e risco de doença	123 pontos	Risco moderado (≈37% probabilidade de doença associada ao stress)
Escala FACES II	Coesão familiar	Conectada	Funcionamento equilibrado
Escala FACES II	Adaptabilidade familiar	Flexível	Funcionamento equilibrado

Escala de Risco Familiar García-González	Risco familiar global	Baixo risco	Situação familiar estável
Escala de Risco Familiar Segovia-Dreyer	Vulnerabilidade familiar	Risco ligeiro	Necessidade de vigilância

Tabela 9- Resultados obtidos na aplicação dos instrumentos

Relativamente à Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a pontuação total obtida foi de 123 pontos, situando a família num nível de risco moderado, com uma probabilidade estimada de 37% de desenvolvimento de doença associada ao stress. Este valor reflete a acumulação recente de acontecimentos significativos, como a gravidez, o aumento do agregado familiar, alterações nas rotinas e mudanças nas condições de trabalho, reforçando a importância de intervenções preventivas e de promoção de estratégias de coping adaptativas no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

A aplicação da Escala FACES II evidenciou níveis de coesão classificados como “conectados” e níveis de adaptabilidade considerados “flexíveis”. Esta combinação traduz um funcionamento familiar equilibrado, caracterizado por vínculos emocionais consistentes, respeito pela individualidade dos membros e capacidade de ajustamento às exigências internas e externas. Estes resultados corroboram os dados obtidos através da escala APGAR Familiar, reforçando a perceção de um sistema familiar funcional, apesar da presença de fatores de risco contextuais.

A pontuação obtida na Escala de Risco Familiar de García Gonzalez correspondeu a baixo risco familiar, refletindo a presença de múltiplos fatores protetores, nomeadamente estabilidade habitacional, acesso a cuidados de saúde, organização familiar adequada e existência de suporte social informal. Apesar da presença de uma criança com NSE, a família demonstra capacidade de adaptação e gestão do quotidiano, não sendo identificados fatores estruturais ou sociais que comprometam significativamente o seu funcionamento.

Relativamente à Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer, a mesma segue igualmente um modelo cumulativo, no qual cada fator de risco identificado contribui para o aumento do risco global da família (Segovia & Dreyer, 1996). A presença de cada fator avaliado corresponde à atribuição de um ponto, enquanto a sua ausência corresponde a zero pontos. A soma dos pontos obtidos permite obter uma pontuação final que reflete o nível de vulnerabilidade psicossocial da família.

Segundo os autores, a interpretação da pontuação permite classificar a família em diferentes níveis de risco, sendo esta classificação utilizada como suporte à tomada de decisão clínica e à implementação de intervenções preventivas no âmbito da saúde familiar (Segovia & Dreyer, 1996). Em famílias com crianças com perturbações do neuro desenvolvimento, como o TDAH, esta escala revela-se particularmente útil na identificação precoce de situações de stress e sobrecarga que podem comprometer o equilíbrio familiar (Wright & Leahey, 2013).

A aplicação da Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer permitiu avaliar a vulnerabilidade psicossocial da família, considerando aspetos como stress familiar, sobrecarga do cuidador principal e suporte emocional. A pontuação obtida situou a família num nível de risco ligeiro, evidenciando a presença de fatores de vulnerabilidade associados sobretudo à sobrecarga materna enquanto principal cuidadora e à ausência frequente da figura paterna por motivos laborais.

Embora estes fatores não configurem risco elevado, indicam a necessidade de vigilância contínua e de intervenções preventivas por parte do EEESF, orientadas para a redistribuição de papéis, reforço da rede de apoio e promoção de estratégias de *coping* adaptativas.

De forma integrada, os resultados deste estudo de caso evidenciam que a família apresenta simultaneamente fatores de risco e fatores protetores, sendo capaz de mobilizar recursos internos e externos para lidar com a situação de saúde da criança e com as exigências do ciclo vital. Do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Familiar, estes dados sublinham a importância de intervenções centradas na família enquanto unidade de cuidado, privilegiando uma abordagem sistêmica, preventiva e promotora de resiliência. A utilização do Modelo de Calgary revelou-se fundamental para uma compreensão holística da família, permitindo identificar áreas prioritárias de intervenção e sustentar um plano de cuidados ajustado às necessidades reais do sistema familiar.

5.8. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo compreender o funcionamento de uma família com uma criança com diagnóstico de TDAH, através de uma abordagem qualitativa, sustentada pelo MCAIF e complementada pela aplicação de instrumentos padronizados de avaliação familiar.

A análise da família segundo o MCAIF permitiu caracterizá-la como uma família nuclear, inserida na fase do ciclo vital correspondente à família com filhos em idade escolar, sendo a presença de uma criança com TDAH identificada como um momento de transição com impacto no funcionamento familiar. Esta transição implicou a reorganização de rotinas, papéis e expectativas, evidenciando a capacidade adaptativa da família, mas também a necessidade de suporte profissional contínuo.

Os resultados evidenciaram um funcionamento familiar maioritariamente positivo, caracterizado por níveis adequados de adaptação, cooperação e suporte emocional entre os seus membros, conforme demonstrado pela escala APGAR Familiar. Paralelamente, as escalas de risco familiar, as escalas de risco familiar aplicadas, nomeadamente a de García-González e a de Segovia-Dreyer, indicaram um nível de risco baixo a ligeiro, sugerindo a presença de fatores de vulnerabilidade, mas sem comprometer de forma significativa a estabilidade e funcionalidade do sistema familiar.

Contudo, a aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe revelou um nível moderado de stress familiar, associado à acumulação de acontecimentos de vida significativos, exigências parentais acrescidas e alterações no contexto familiar e laboral. Este resultado evidencia que, mesmo em famílias com funcionamento aparentemente adaptativo, podem coexistir níveis relevantes de sobrecarga, reforçando a importância de uma vigilância contínua e de intervenções preventivas por parte do EEESF.

No que respeita aos fatores de risco e de proteção, destacaram-se como principais fatores protetores o suporte emocional e afetivo entre os membros da família, a coesão familiar, a comunicação eficaz e a capacidade de adaptação às exigências da condição da criança. Por outro lado, emergiram fatores de risco associados ao aumento do *stress* parental, à sobrecarga da figura materna enquanto principal cuidadora e à ausência frequente da figura paterna por motivos laborais, evidenciando a necessidade de intervenções dirigidas ao reforço das competências parentais, à redistribuição de papéis familiares e à promoção de estratégias de *coping* adaptativas.

Apesar da limitação inerente à realização de um único estudo de caso, esta abordagem possibilitou uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares, permitindo evidenciar a complexidade do impacto do TDAH no sistema familiar e a importância de uma avaliação centrada na família.

Em termos de implicações para a prática de enfermagem, este estudo reforça o papel do EEESF na identificação precoce de situações de vulnerabilidade, na promoção de intervenções centradas na família e na capacitação dos cuidadores para a gestão das exigências associadas ao TDAH. A utilização de modelos teóricos estruturados, como o MCAIF, e de instrumentos de avaliação validados revelou-se fundamental para uma intervenção mais sistematizada, eficaz e ajustada às necessidades da família.

Em síntese, este estudo evidencia que a presença de uma criança com TDAH não determina, por si só, disfuncionalidade familiar, sendo a capacidade de adaptação, os recursos internos e o suporte disponível fatores determinantes para o equilíbrio do sistema familiar. Reforça-se, assim, a importância de uma abordagem de enfermagem centrada na família, promotora de resiliência e sustentada na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o bem-estar global da criança e da sua família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traduz o percurso desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrando de forma articulada a componente teórica, a prática clínica e a prática baseada na evidência, num processo contínuo de desenvolvimento e consolidação de competências especializadas. A experiência em contexto de CSP, numa USF, permitiu aprofundar a compreensão da família enquanto unidade de cuidados e reforçar a importância de uma abordagem sistémica, centrada nas necessidades e dinâmicas familiares.

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências comuns e específicas do EEESF, nomeadamente ao nível da avaliação familiar, da intervenção centrada na família, da tomada de decisão clínica e da articulação com a equipa multidisciplinar. A proximidade característica dos CSP revelou-se fundamental para a construção de relações terapêuticas de confiança, permitindo uma intervenção mais eficaz, contínua e ajustada à realidade das famílias.

A componente de prática baseada na evidência integrou dois estudos distintos, que, embora metodologicamente diferenciados, se revelaram complementares na compreensão das NSE em crianças e do seu impacto no contexto familiar. O primeiro estudo permitiu uma caracterização das crianças com NSE acompanhadas na USF, evidenciando a importância da identificação precoce e da monitorização contínua por parte do enfermeiro de família. O segundo estudo possibilitou uma análise aprofundada do funcionamento familiar, permitindo compreender as dinâmicas, os recursos e as estratégias de adaptação de uma família com uma criança com diagnóstico de TDAH.

A articulação entre a prática clínica e a investigação revelou-se essencial para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem mais crítica, fundamentada e orientada para a evidência científica. O recurso a modelos teóricos, nomeadamente o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, e a instrumentos de avaliação validados permitiu estruturar a intervenção e promover uma compreensão integrada da família enquanto sistema dinâmico.

Este percurso permitiu consolidar uma visão mais abrangente e crítica da prática de Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando o papel central do Enfermeiro Especialista na identificação de necessidades, na promoção da adaptação familiar e no desenvolvimento de estratégias que potenciem a resiliência e o bem-estar das famílias, particularmente em situações de maior vulnerabilidade, como as associadas às NSE em crianças.

No que respeita às limitações, destaca-se a reduzida dimensão da amostra na componente quantitativa e a natureza exploratória do estudo de caso, o que limita a generalização dos resultados. Contudo, estas limitações não comprometem a relevância do trabalho desenvolvido, antes reforçam a necessidade de continuidade da investigação nesta área, com recurso a metodologias complementares e amostras mais alargadas.

Em termos pessoais e profissionais, a realização deste relatório constituiu um processo de crescimento significativo, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, bem como o fortalecimento de uma prática autónoma, ética e reflexiva. A integração do conhecimento teórico com a experiência prática contribuiu para uma maior consciência do impacto das intervenções de enfermagem na vida das famílias, reforçando o compromisso com uma prática centrada na família e orientada para a qualidade dos cuidados.

Em síntese, este percurso formativo reforça a importância da Enfermagem de Saúde Familiar enquanto área especializada, destacando o contributo do Enfermeiro Especialista na promoção da saúde, na prevenção da doença e na adaptação das famílias ao longo do seu ciclo vital, através de intervenções fundamentadas na evidência e ajustadas às suas necessidades específicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2025a). BI-CSP – Base de Informação dos Cuidados de Saúde Primários. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Consultado a 10 de maio de 2025: <https://bicsp.min-saude.pt/>

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2025b). MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais. Consultado a 9 de maio de 2025. <https://mim.sns.gov.pt/>

Alarcão, M. E. M. (2002). Modelos e intervenções em enfermagem familiar: Fundamentos teóricos e metodológicos. Universidade de Coimbra.

Almeida, J. P. (2016). Enfermagem comunitária em Portugal: Desafios e perspectivas. Lisboa: Lidel.

Ambulatory Pediatrics, 2(1), 38–48. Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Saunders.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.

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

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Beer, S. (2018). *The Brain of the Firm* (2nd ed.). Wiley.

Bertalanffy, L. von. (1972). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.

Bethell, C. D., Read, D., Stein, R. E. K., Blumberg, S. J., Wells, N., & Newacheck, P. W. (2002). Identifying children with special health care needs: Development and evaluation of a short screening instrument.

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (2017). *A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: 2005–2015*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Bispo, R.M., Santiago, L.M., Rosendo, I., & Simões, J.A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(2), pp. 149-156. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13091>

Bomfim, E. O., Silva, L. F., & Oliveira, G. A. (2022). Aplicação do modelo Calgary em enfermagem de família: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e20210487.

Braga, I., Ferreira, A., & Silva, M. (2018). Aplicação do modelo de Neuman na prática de enfermagem. In Lowry, P., & Aylward, D. (Eds.), *Nursing models and frameworks* (pp. 123-138). Springer.

Bronfenbrenner, U. (2020). *Ecological systems theory: The person in context* (2nd ed.). Wiley

Caníço, H., Branco, M. C., & Figueiredo, M. H. (2010). *A família: Da teoria à prática nos cuidados de saúde primários*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Carvalho, L., & Santos, M. (2020). Avaliação familiar em enfermagem: instrumentos e práticas. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 34(2), 45-58. <https://doi.org/10.1234/rpe.v34i2.5678>

Carvalho, M., & Marques, A. (2022). *Tecnologias digitais em cuidados de saúde primários: Impacto na prática de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto.

Castelo Branco, A.E.G.S. (2013). A relação entre os diferentes tipos de famílias e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/79771>

Çetin, D. et al. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, pp. 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.019>

Coelho Monteiro Pires, M. C., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M. C., Marques Silva, A. M., Moreira Arrué, A., Guarda-Rodrigues, J., Tatsch Neves, E., et al. (2024). *Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the Children with Special Health Care Needs Screener© for European Portuguese in a school setting*. *Portuguese Journal of Pediatrics*. <http://dx.doi.org/10.24875/PJP.25000058>

Costa, S., & Teixeira, P. (2020). *Enfermagem de família: Competências e prática clínica*. Coimbra: Almedina.

Cox, M., & Paley, B. (2020). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 51, 243-267.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

Decreto-Lei n.º 103/2023 Ministério da Saúde (2023). Diário da República, Série I, n.º 216, de 7-11-2023. (p.21) : <https://dre.pt/pesquisa/-/search/113774688/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 118/2014 Ministério da Saúde (2014) Diário da República: I Série, n.º 149, de 5-8-2014. (p. 4069). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei n.º 54/2024 Ministério da Saúde (2024) Diário da República: Série I, n.º 173/2024, de 6-09-2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2024219718139>

Despacho n.º 12456-B/2023: Ministério da Saúde (2023). Diário da Republica. 5-12-2024 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>

Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th ed.). New York: Harper & Row.

Duvall, E. M., & Miller, R. B. (2021). Family development stages and Duvall's theory. *Journal of Family Studies*, 10(2), 112–125.

Ferreira, R. N. (2023). Análise do consumo de medicamentos da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Portugal [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/112746>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: referência para os cuidados de enfermagem à família*. Editora.

Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Sabooks Editora

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. LIDEL.

Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Formasau.

Figueiredo, M.H., Rego, R., & Dantas, M.J. (2023). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 359-360). Lidel.

Fortin, M.-F. (2020). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta.

Fórum Hospital do Futuro. (2025). Congresso Europeu do autismo 2025: unindo ciência e humanidade. <https://www.hospitaldofuturo.pt/congresso-europeu-do-autismo-2025-unindo-ciencia-e-humanidade/>

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2020). *Family Therapy: An Overview* (9th ed.). Cengage Learning.

Gomes, A., Silva, R., & Mendes, L. (2013). *Família e cuidados de saúde primários: Uma abordagem sistémica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gottlieb, L. N. (2016). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Guimarães, R., & Silva, L. (2016). A teoria das transições na enfermagem familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 583-588.

Hanson, C. M. (2005). *Concepts of nursing: a framework for practice* (5th ed.). Pearson.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (2020). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 12(1), 19–30.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de população residente em Portugal 2018-2080.:[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=372271803&DESTAQUESmodo=2:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=372271803&DESTAQUESmodo=2:contentReference[oaicite:4]{index=4})

Instituto Nacional de Saúde Mental. (2017). Transtorno de déficite de atenção e hiperatividade. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd>

Joaquim, P. & Queirós, P. (2024). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In: Marques R., Néné M. & Sequeira C. (Coords.) *Enfermagem Avançada* (pp. 69-76). Lidel Enfermagem.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2021). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Knafl, K. A., & Gilliss, C. L. (2002). Families and chronic illness: A synthesis of current research. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 178–198.

Leininger, M. (1994). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. National League for Nursing Press.

Lima, M. R., & Silva, P. A. (2022). Avaliação socioeconómica com Escala de Graffar: implicações na literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem Comunitária*, 8(1), 30–38.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2021). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

Lopes, C., Fernandes, H., & Matos, E. (2021). *Coordenação de cuidados e integração assistencial em Portugal*. Porto: Edições Universidade do Porto.

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. <https://www.tesble.com/10.1177/1043659619867134>

Martins, H., & Caldeira, S. (2021). Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12348.

McClay, M., Mileski, M., & Heinemann, K. (2022). Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future. *Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12782>
europepmc.org+2pmc.ncbi.nlm.nih.gov+2ncbi.nlm.nih.gov+2europepmc.org+5pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+5pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+5

Meadows, D. H. (2019). *Thinking in Systems: A Primer*. Chelsea Green Publishing.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Melo, M. (2012). O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28(4), 245-246. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v28i4.10951>

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem Nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa

Mileski, M., McClay, R., & Heinemann, K. (2022). Efficacy of the use of the Calgary Family Intervention Model in bedside nursing education: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 1323–1347.

Ministério da Saúde. (2006). *Reforma dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Autor.

Ministério da Saúde. (2022). *Criação das Unidades Locais de Saúde: Enquadramento estratégico*. Lisboa: Autor.

Ministério da Saúde. (2023). Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar – Anexo I ao Decreto-Lei n.º 157/2023, de 23 de outubro. Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/454-a-2023-5597354>

Minuchin, S. (2018). Structural family therapy (2nd ed.). Sage Publications.

Nichols, M. P., & Davis, S. D. (2021). Family Therapy: Concepts and Methods (12th ed.). Pearson.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2023). Relatório de primavera: Saúde em Portugal. Lisboa: OPSS.

Okido, A.C.C., Neves, E.T., Cavicchioli, G.N., Jantsch, L.B., Pereira, F.P. & Lima, R.A.G. (2018). Fatores associados ao risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52, pp. 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017048703377>

Oliveira, R., Costa, P., & Almeida, M. (2019). Instrumentos de avaliação do funcionamento familiar: contributos para a prática clínica. Enfermagem Atual em Debate, 10(3), 120-131. <https://doi.org/10.5678/ead.v10i3.234>

Olson, D. H., Gorall, D. M., & Tiesel, J. W. (2018). Faces IV manual. Western Psychological Services.

Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/1227229/regulamento-126-2011-de-18-de-fevereiro>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Dia Internacional da Família 2014. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-2014/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro* (Regulamento n.º 608/2015). Diário da República, 2.ª série, n.º 146.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Enfermagem em Portugal: Evolução e perspetivas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem de família*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem* (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 36, 21 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119969882>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Enfermagem de Saúde Familiar: Enquadramento da prática e competências específicas do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Parecer n.º 133/2023: Criança com necessidade especial de saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25466/parecer-n%C2%BA-133_crian%C3%A7a_necessidade_especial_anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Comunitária –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

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

Organização Mundial de Saúde. (2025). Child and adolescent health. https://www.who.int/europe/health-topics/child-health#tab=tab_2

Papero, D. V. (2019). Bowen Family Systems Theory. Routledge.

Pereira, F. (2012). História da enfermagem em Portugal. Coimbra: Almedina.

Pereira, M. D., Cruz, M. R., & Mendes, I. M. (2021). Genograma e ecomapa como instrumentos de avaliação familiar em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Família*, 27(1), 44–50. Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Pires, C. M., Barbieri-Figueiredo, M. C. A., Silva, A. M., Arrué, A. M., Guarda-Rodrigues, J., Neves, E. T., & Menino, E. G. (2026). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the Children with Special Health Care Needs Screener© for European Portuguese in a school setting. *Portuguese Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.24875/pjp.25000058>

- Pires, A., Sousa, L., & Magalhães, M. (2017). *A família como instituição estável*. Coimbra Editora.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Pombal, F., Sousa, L. R. T., Pereira, A. M. N. A., Ferreira, M. A. L., Vieira, E. L. C., & Festas, C. (2024). Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do Children with Special Health Care Needs Screener. *Revista de EnfermagemReferência*, 6(3), pp. 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI24.49.35400%20>
- PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. (2021). Dimensão média das famílias e famílias monoparentais na Região Centro. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado em 5 de fevereiro de 2026, de <https://www.pordata.pt>
- PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. (2022). Envelhecimento demográfico, população idosa a viver sozinha e movimentos migratórios em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado em 5 de fevereiro de 2026, de <https://www.pordata.pt>
- PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. (2024). Taxa bruta de natalidade nos concelhos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado em 5 de fevereiro de 2026, de <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2025). *Estrutura das famílias em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <https://www.pordata.pt>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2017). *Fundamentos de enfermagem* (9.ª ed.). Elsevier
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2. ed.). Novo Hamburgo: Editora Feevale.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Rodrigues, A., & Antunes, N. (2014). Mais forte do que eu! Hiperactividade e défice de atenção: Causas, consequências e soluções. Lua de Papel.

Russell, L. T. (2020). Capturing family complexity in family nursing research and practice. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 292–305. <https://doi.org/10.1177/1074840720965396>

Saragosa, M., Singh, H., & Nelson, M. L. A. (2024). Exploring the Landscape of Eco-Mapping in Health Services Research: A Comprehensive Review. *Health & Social Care in the Community*.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2020). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2020.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.) a). BI - USF B Acedido a Maio 2025. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140172/Paginas/default.aspx>

Silva, L., & Moreira, C. (2014). Enfermagem em saúde pública: Conceitos e práticas históricas. Lisboa: Lidel.

Silva, T. S., Monteiro, F., & Albuquerque, C. (2023). Intervenção do enfermeiro de família em contextos multiculturais: desafios e estratégias. *Saúde em Debate*, 47(136), 219–228.

Smilkstein, G. (2018). The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

Smith, R., & Johnson, L. (2021). Evolving perspectives on family life cycles: A systematic review. *Journal of Family Theory & Review*, 13(3), 274–289.

Stevens, E. K., Aziz, S., Wuensch, K. L., & Walcott, C. (2024). Caregivers of Children with Special Healthcare Needs: A Quantitative Examination of Work-Family Culture, Caregiver Burden, and Work-Life Balance. *Journal of Child and Family Studies*, 33, 1365-1377. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02822-1>

União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–88.

USF [REDACTED] (2025). Regulamento Interno. Pataias, Leiria, Portugal.

Van Boven, K., & Ten Napel, H. (Eds.). (2022). ICPC-3 International Classification of Primary Care: User Manual and Classification (3rd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003197157>

Vieira, L. (2021). A aplicação da teoria transcultural na prática de enfermagem: uma revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3456.

Vilela C., Lima A. & Martins M. (2024). Enfermagem Avançada versus prática avançada de enfermagem. In: Marques R., Néné M. & Sequeira C. (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 157-164). Lidel Enfermagem

Vilelas J. (2022), *Investigação – O processo de Construção do Conhecimento*, 3ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

Vilelas, A. C. (2022). *Metodologia da pesquisa em enfermagem: conceitos e técnicas*. São Paulo: Editora Senac.

Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience* (3rd ed.). Guilford Press

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of Human Communication*. W. W. Norton & Company.

World Economics. (2025). *Portugal age dependency ratio: Total* [Dados demográficos]. World Economics. <https://www.world-economics.com/Demographics/Age-Dependency-Ratio-Total/Portugal.aspx>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. <https://icd.who.int/>

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

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

Wright, L. M., & Leahey, M. (2022). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Wright, L.M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Editora Roca.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.

ANEXOS

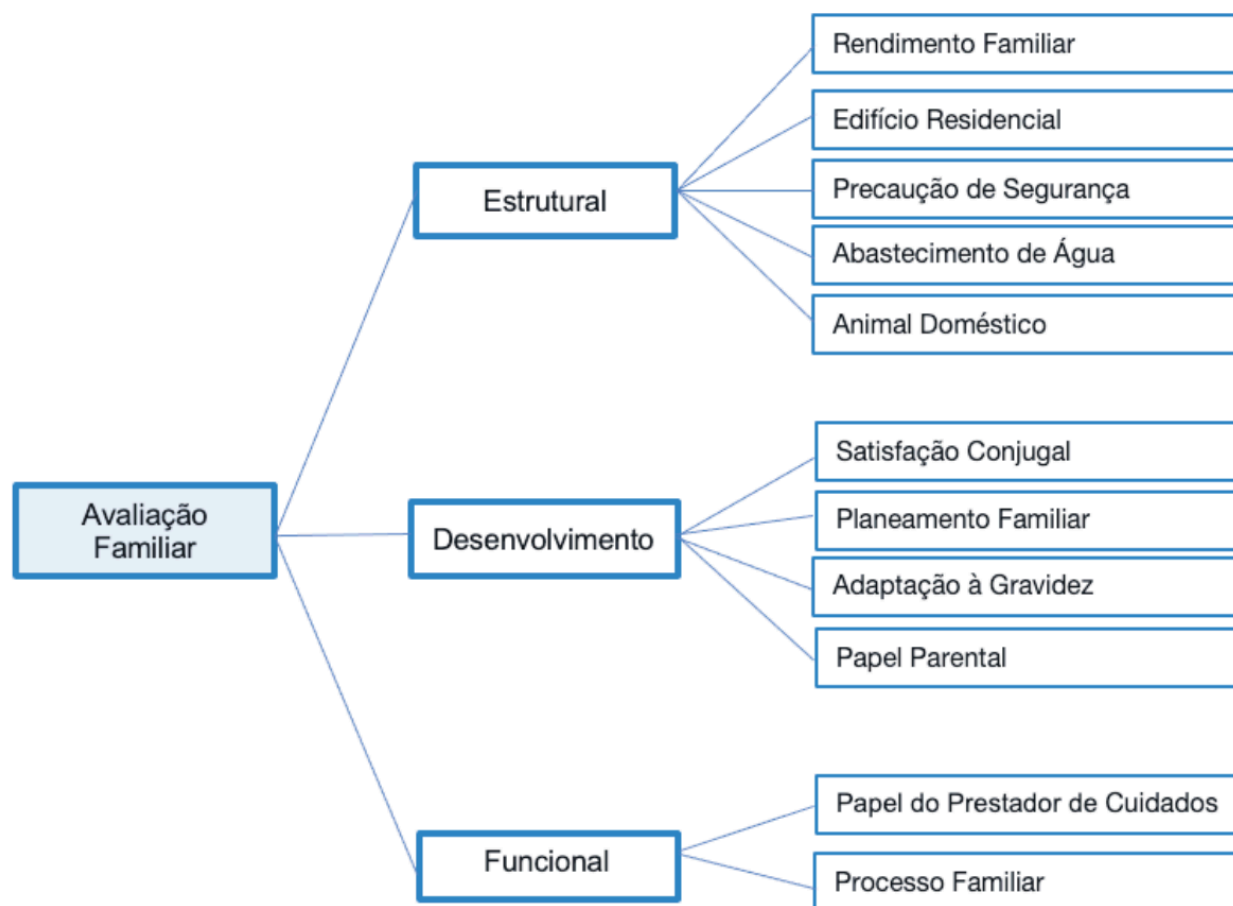
ANEXO I- Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na [REDACTED] (ACSS, 2025a)



ANEXO II – Utentes inscritos no ficheiro da Enfermeira Orientadora na USF B por geografia e localização em junho de 2025 (ACSS, 2025b)

Concelho	Habitação	Freguesia	Habitação	Métrica	Nº Utentes Inscritos
Coimbra		União das freguesias de Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu)			1
Silves		Armação de Pêra			1
		União das freguesias de Algoz e Tunes			1
		Barrio			2
		Évora de Alcobaça			3
		Maiorga			9
		São Martinho do Porto			19
		Turquel			2
		Ajubarrota			7
		União das freguesias de Alcobaça e Vestiaria			9
		União das freguesias de Coz, Alpedriz e Montes			869
		União das freguesias de Pataias e Martingança			583
Batalha		Batalha			2
		Golpilheira			1
Caldas da Rainha		União das freguesias de Caldas da Rainha - Nossa Senhora do Pópulo, Coto e São Gregório			6
Figueiró dos Vinhos		Arega			1
		União das freguesias de Santa Catarina da Serra e Chainça			1
		União das freguesias de Santa Eufémia e Boa Vista			3
Marinha Grande		Marinha Grande			21
		Moita			10
Nazaré		Famalicão			3
		Nazaré			15
		Valado dos Frades			46
Pombal		Carriço			1
		União das freguesias de Santiago e São Simão de Litém e Albergaria dos Doze			2
Porto de Mós		Juncal			9
		Pedreiras			2
		São Bento			1
		Ajuda			1
		Camide			1
		Olivais			1
Lisboa		Avenidas Novas			1
		Penha de França			1
		Santa Maria Maior			1
Loures		União das freguesias de Sacavém e Prior Velho			2
		União das freguesias de Camarate, Unhos e Apelação			2
Oeiras		União das freguesias de Camaxide e Queijas			1
		Algueirão-Mem Martins			1
Sintra		União das freguesias de Agualva e Mira-Sintra			1
		União das freguesias de Queluz e Belas			1
Vila Franca de Xira		União das freguesias de Alverca do Ribatejo e Sobralinho			1
Maia		Moreira			1

ANEXO IV- Diagrama áreas de atenção MCAIF



Nota. Adaptado de “Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família” de Figueiredo, 2012, p. 104.

ANEXO V – ESCALA APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

GRUPO V
APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- Diariamente ☐
- Semanalmente ☐
- Quinzenalmente ☐
- Mensalmente ☐
- Trimestralmente ☐
- Semestralmente ☐
- Anualmente ☐



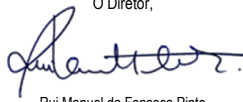
ANEXO VII- Diploma II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Carolina Garcia Barros** participou 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

APÊNDICES

APENDICE I- Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MCAIF- Modelo Calgary Avaliação e Intervenção Familiar

Sr.^a - Senhora

Sr. ^o - Senhor

TDA- Transtorno de Défice de Atenção

USF- Unidade de Saúde Familiar

INDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	88
INDICE.....	89
1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	92
1.1. Avaliação Estrutural	92
1.1.1 Estrutura Interna	93
1.1.2. Estrutura Externa.....	94
1.1.3. Contexto	97
1.2. Avaliação de Desenvolvimento	99
1.3. Avaliação Funcional	101
1.3.1. APGAR Familiar	101
1.3.2. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.	102
1.3.3. Escala FACES IV.....	104
2. PLANO DE CUIDADOS.....	109

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Identificação dos elementos da família F.

Tabela 2- Plano de Cuidados à Família F.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Registo do tipo de família em SClínico®

Figura 2- Genograma da família F.

Figura 3- Ecomapa da Família F.

Figura 4- Aplicação da Escala de Grafar à Família F. no SClínico®

Figura 5- Aplicação do questionário habitação à Família F. no SClínico®

Figura 6- Classificação da Família F. segundo Duvall no SClínico®

Figura 7- Aplicação da Escala APGAR Familiar ao elemento MF

Figura 8- Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe no elemento MF

Figura 9 - Interpretação linear da Escala de FACES II (Fonte: Amaral (2025))

Figura 10- Aplicação da Escala FACES II à MF.

1.MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Processo de Enfermagem constitui-se como o pilar da prática profissional dos enfermeiros, sendo reconhecido como fundamental no fortalecimento da profissão. Em Portugal, a legislação vigente estabelece que a prestação de cuidados de enfermagem deve ser conduzida com recurso a uma abordagem sistemática e deliberada, o que exige a aplicação de um método científico – ou seja, o Processo de Enfermagem (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

Este processo organiza-se em cinco fases sequenciais: recolha de dados (avaliação inicial), diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Naz & Ganaie, 2023). Cada etapa depende da anterior, garantindo liquidez entre a avaliação criteriosa, a formulação de diagnósticos precisos e o desenvolvimento de planos de cuidados eficazes.

Para realizar uma avaliação e intervenção de enfermagem de elevada qualidade, é essencial recorrer a modelos estruturados que permitam uma recolha de dados minuciosa. Essa sistematização suporta um planeamento coerente, assente em diagnósticos fiáveis. A adoção do Processo de Enfermagem propicia a padronização do cuidado, fomenta a autonomia da profissão e assegura um atendimento personalizado e centrado no utilizador (Clinical Medicine And Health Research Journal, 2023; NCBI Bookshelf, 2024).

A prática da enfermagem exige uma avaliação sistemática e rigorosa, apoiada em modelos teóricos que orientem a recolha de dados clínicos de forma precisa e organizada. Estes modelos são essenciais para garantir um planeamento coerente e eficaz, adequado aos diagnósticos previamente identificados e às necessidades individuais ou familiares (Mendes & Ventura, 2021).

No contexto da enfermagem comunitária e da saúde familiar, a avaliação da família torna-se fundamental. Para esse fim, existem modelos de avaliação que fornecem um enquadramento estruturado, permitindo ao profissional de enfermagem analisar os fenómenos presentes nas dinâmicas familiares e planear intervenções apropriadas. Um dos modelos mais amplamente utilizados para esse fim é o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

Este modelo assenta em várias bases teóricas, nomeadamente a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação e a teoria da mudança. A sua abordagem é centrada na família enquanto sistema complexo, considerando o meio em que esta está inserida e não apenas os seus membros isoladamente (Wright & Leahey, 2022).

Tendo em consideração estes pressupostos teóricos e metodológicos do MCAIF, procede-se à avaliação de uma família inscrita na Unidade de Saúde Familiar (USF). Por motivos de confidencialidade, esta será identificada apenas como Família F, sendo esta avaliação realizada no contexto do Estágio II e sob a supervisão da enfermeira orientadora responsável pela mesma.

1.1. Avaliação Estrutural

Na avaliação estrutural da família distinguem-se três subcategorias principais: estrutura interna, estrutura externa e estrutura de contexto (Wright & Leahey, 2022). Estas dimensões permitem ao enfermeiro compreender a organização familiar e a forma como os seus membros se relacionam entre si e com o ambiente envolvente, facilitando a identificação de recursos, vulnerabilidades e padrões relacionais.

A estrutura interna refere-se à constituição da família e às dinâmicas internas que a caracterizam. Engloba aspetos como a composição familiar, o género e orientação sexual dos membros, a ordem de nascimento, a

existência de subsistemas (conjugais, parentais, frateros, etc.) e os limites estabelecidos entre os mesmos (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2022). Esta análise permite perceber como os papéis familiares estão distribuídos e como as fronteiras são mantidas ou ultrapassadas no quotidiano familiar.

A estrutura externa diz respeito às relações que a família estabelece com a rede alargada. Inclui a família extensa (avós, tios, primos) e os sistemas mais amplos, tais como instituições, serviços de saúde, escolas, locais de trabalho, entre outros. Compreender estas interações permite identificar os apoios sociais e recursos disponíveis, bem como possíveis fontes de conflito ou tensão com o exterior (Mendes & Ventura, 2021).

Por fim, a estrutura de contexto — não abordada diretamente no excerto anterior, mas relevante — contempla aspetos como etnia, raça, nível socioeconómico, espiritualidade/religião, ambiente físico e contexto social, todos eles determinantes sociais que influenciam diretamente o funcionamento familiar e o estado de saúde dos seus membros (Wright & Leahey, 2022).

Optei por selecionar a família F por estar a passar por uma transição de saúde-doença de um dos seus elementos, que afeta toda a família. Outros critérios foram ser uma família acessível, disponível para melhorar a saúde individual e familiar e pela assiduidade e compromisso com a USF.

1.1.1 Estrutura Interna

Em termos de estrutura interna, a Família F é uma família nuclear clássica, constituída por cinco elementos, identificados no Quadro 1. Esta família é composta por um casal, o senhor (Sr.º) JK que tem 35 anos de idade e a sua esposa senhora (Sr.ª) MF, com 32 anos de idade. A sua orientação é heterossexual. Este casal tem três filhos, a KF, CF e AF, sendo todos os elementos de sexo feminino, com as idades compreendidas entre os 8 meses e os 10 anos.

Emigraram ambos para Portugal há cerca de 9 anos com a sua filha mais velha KF. Em Portugal, a Sr.ª MF trabalhou em lares de idosos, sendo neste momento doméstica, responsável por cuidar das filhas, enquanto o Sr.º JF exerce funções como soldador desde os 14 anos, sendo que já trabalhou em várias empresas no Brasil e em Portugal. Atualmente, trabalha como soldador numa empresa em Cádiz, Espanha.

Nome	Idade	Género	Papel Familiar	Escolaridade	Profissão
MF	32 anos	Feminino	Esposa	12º. Ano	Doméstica
JF	35 anos	Masculino	Marido	8º. Ano	Soldador
KF	10 anos	Feminino	Filha	-	-
CF	7 anos	Feminino	Filha	-	-
AF	8 meses	Feminino	Filha	-	-

Tabela 1- Identificação dos elementos da família F.

Trata-se de uma família nuclear, neste caso temos presente uma família com filhos pequenos. O registo da identificação do tipo de família foi realizado no SClínico® como podemos observar na Tabela 1.

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

- ☐ Unitária - Só 1 elemento
- ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- ☐ Alargada - Avós, pais e filhos
- ☐ Reconstituída - Nova união após reformulação
- ☒ Nuclear - Casal com ou sem filhos
- ☐ Outras

Figura 1- Registo do tipo de família em SCLínico®

De acordo com Alarcão (2000), esta família organiza-se em diferentes subsistemas: o individual, o conjugal e o parental. O subsistema individual diz respeito a cada membro da família, considerando os papéis e funções que desempenha tanto no contexto familiar como fora dele.

O subsistema conjugal teve origem na relação entre a Sr.^a MF e o Sr. ^oTF e baseia-se na necessidade de equilíbrio entre a identidade de cada um, o reconhecimento do outro e a construção de um “nós” como casal. Esta relação exige uma constante adaptação entre os parceiros, com definição de fronteiras claras que garantam a privacidade da relação, prevenindo interferências externas.

Com o nascimento de KF, CF e AF, filhos da relação entre MF e JF, foi criado o subsistema parental. Este assume funções mais operacionais, centradas na educação, socialização, proteção, desenvolvimento e promoção da autonomia dos filhos.

Apesar de cada subsistema ter funções distintas, todos se encontram interligados, sendo caracterizados por limites específicos que asseguram o equilíbrio das interações familiares. Esses limites devem ser suficientemente flexíveis para facilitar a comunicação entre os membros da família.

No caso desta família em particular, observa-se uma definição clara de fronteiras, onde cada indivíduo reconhece o seu papel e espaço em cada subsistema, relacionando-se com os demais sem invadir ou perturbar o funcionamento dos outros subsistemas.

1.1.2. Estrutura Externa

De acordo com o MCAIF, a estrutura externa da família divide-se em duas categorias principais: a família extensa — que abrange tanto a família de origem como a alargada ou adotiva, assim como os laços afetivos entre esses membros — e os sistemas mais abrangentes que a envolvem.

Para representar graficamente a composição da família extensa, utilizei o Genograma, uma ferramenta visual que ilustra a estrutura familiar e os vínculos entre os seus membros, abrangendo, pelo menos, três gerações. Este instrumento permite identificar os elementos da família, verificar a existência de laços biológicos, conhecer as idades, ocupações e profissões de cada um. Na sua elaboração foram usados símbolos padronizados, o que facilita a compreensão das relações familiares representadas. O Genograma desta família foi criado com recurso ao Canva e encontra-se apresentado na Figura 2.

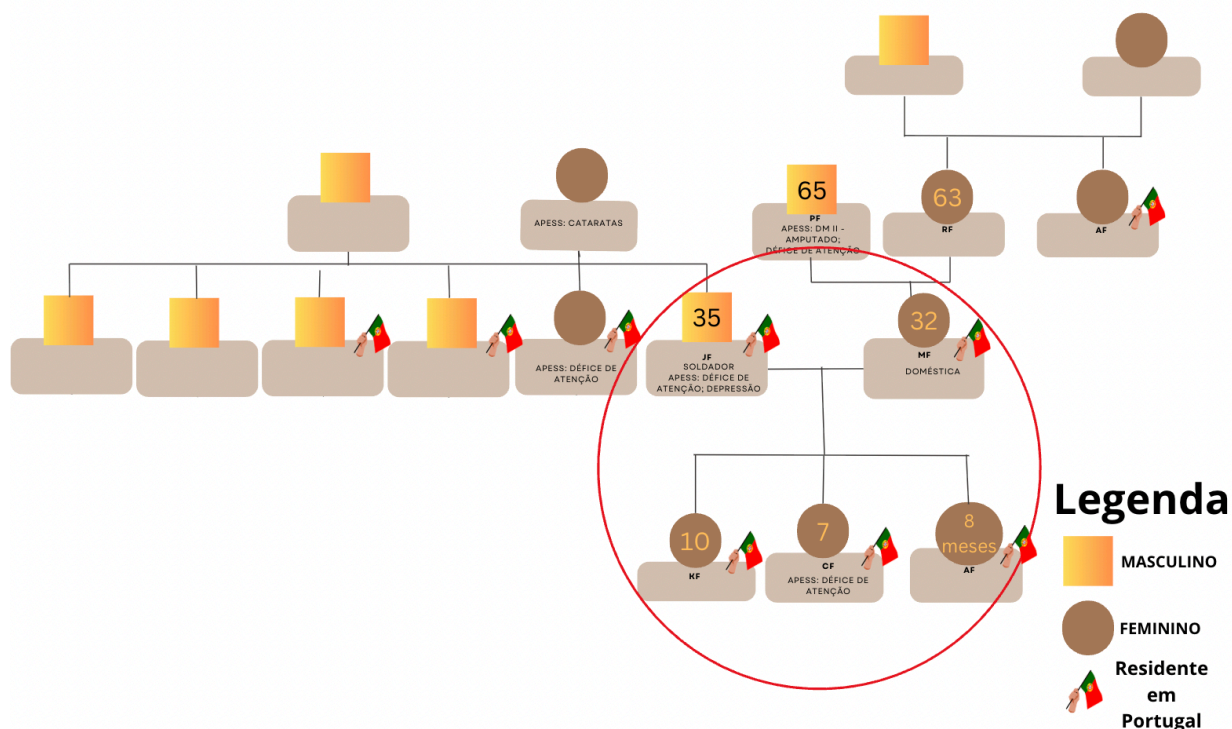


Figura 2- Genograma da família F.

A análise do genograma da família F permite identificar um agregado familiar composto por um casal heterossexual, com 35 (pai) e 32 anos (mãe), e três filhas menores, com idades compreendidas entre os 8 meses e os 10 anos. A estrutura familiar corresponde a uma família nuclear tradicional, coabitante, com filhos em fase de desenvolvimento infantil e pré-escolar.

A nível de antecedentes de saúde, destaca-se a existência de transtorno de défice de atenção (TDA) em três membros da família: a filha do meio, o pai e a avó materna. Esta repetição intergeracional sugere possível predisposição genética ou padrão familiar comportamental, sendo recomendável, do ponto de vista clínico, a monitorização das outras crianças para identificação precoce de sinais compatíveis com TDA. Esta informação é também relevante para a gestão das dinâmicas familiares, sobretudo no que diz respeito à comunicação, rotinas e organização familiar.

Adicionalmente, foi identificado um histórico familiar de Diabetes Mellitus tipo 1 do lado paterno — especificamente, no pai do JF (avô paterno das crianças). Embora não se verifique a presença ativa da patologia nos membros do agregado atual, este antecedente reforça a importância de intervenções de vigilância e educação alimentar precoce, considerando os fatores de risco genéticos.

A rede familiar alargada revela que JF tem cinco irmãos, dos quais três residem em Portugal. Esta informação é importante na avaliação dos recursos formais e informais de apoio da família, nomeadamente no suporte emocional, na partilha de cuidados ou no envolvimento em momentos de crise.

Importa referir que não foi possível obter informações mais detalhadas sobre os restantes elementos da família alargada, o que limita parcialmente a compreensão do contexto familiar mais vasto. Esta limitação

deverá ser tida em conta em futuras avaliações, nomeadamente no que diz respeito a fatores de risco hereditários, rede de suporte e eventuais antecedentes psicossociais relevantes.

No geral, o genograma desta família permite identificar:

- Uma estrutura estável e funcional;
- Presença de condições crónicas com impacto no desenvolvimento (TDA e Diabetes Mellitus 1);
- Rede familiar alargada parcialmente disponível e em território nacional, o que poderá representar um fator protetor e um recurso útil na organização dos cuidados de saúde e suporte psicossocial.

Dado o ciclo de vida familiar — com crianças pequenas e uma bebé de oito meses — e os fatores de saúde identificados, é recomendável a monitorização contínua do desenvolvimento infantil, a educação para a saúde dirigida à parentalidade, e o reforço das estratégias de *coping* da família para lidar com desafios da parentalidade.

No que diz respeito à componente dos sistemas mais amplos, é fundamental reconhecer que a família interage constantemente com o ambiente à sua volta. Esta subcategoria inclui as relações com indivíduos e instituições que, embora não façam parte do núcleo familiar ou da família extensa, exercem impacto significativo sobre ela — por exemplo, amigos próximos, vizinhos, estabelecimentos de saúde, serviços educativos e comunitários (Guy-Evans, 2023; Wright & Leahey, 2022). Para estruturar essa avaliação de forma clara, recorreu-se ao Ecomapa, uma representação gráfica que ilustra as ligações da família com essas redes externas. O Ecomapa ajuda a mapear tanto as fontes de apoio como as de tensão e fornece uma visão global dos recursos disponíveis à família, permitindo aos profissionais de saúde uma compreensão mais integrada da sua realidade (CDC, 2022; Kaakinen et al., 2021).

Além disso, esse instrumento auxilia na identificação dos vínculos mais significativos dentro do mesossistema — o conjunto de relações interligadas entre a família e outros contextos sociais próximos —, destacando as interações entre microsistemas, como família, escola, vizinhança e serviços locais. Esses vínculos desempenham um papel crucial no desenvolvimento e bem-estar dos seus membros (Guy-Evans, 2023; Figueiredo, 2022).

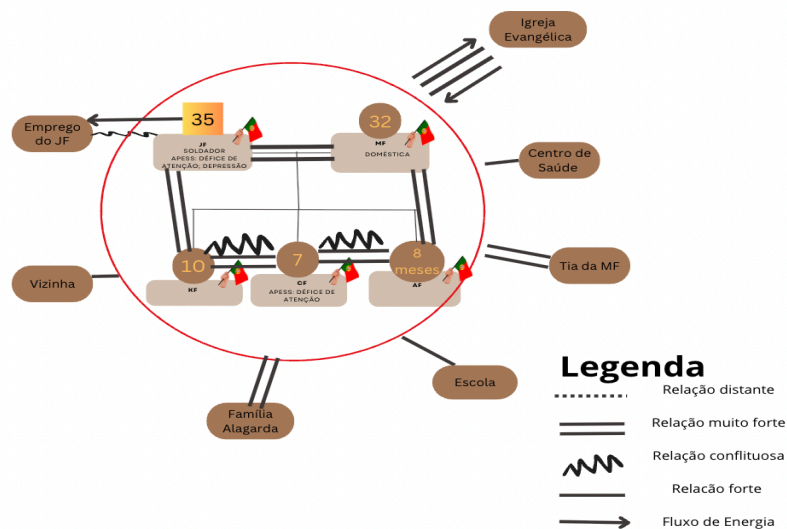


Figura 3- Ecomapa da Família F.

Através da construção do ecomapa da família, como podemos observar na Figura 3, foi possível identificar as principais redes de apoio formais e informais, bem como a qualidade das relações que a família mantém com os diversos sistemas com os quais interage.

A criança CF, elemento do agregado familiar, apresenta uma relação próxima com os pais e restante núcleo familiar, embora se observe um certo grau de ciúme em relação aos irmãos, manifestando necessidade de atenção e reforço afetivo. Esta dinâmica interpessoal sugere a importância de estratégias de promoção da autoestima e de inclusão emocional, especialmente em famílias com múltiplos filhos e idades próximas.

A relação dos pais com os sogros (avós das crianças) é descrita como positiva e cúmplice, apesar da distância física, dado que estes se encontram a viver no Brasil. A ligação mantém-se próxima, com contactos frequentes e apoio emocional à distância, sendo relevante destacar que a família irá deslocar-se ao Brasil para os visitar durante o mês de Julho. Esta viagem representa não só um momento de reencontro intergeracional, como também uma oportunidade de reforço dos laços familiares.

Destaca-se ainda o papel da tia materna, que tem sido um apoio informal significativo para o agregado. Apesar de atualmente residir em Aveiro, irá passar a viver temporariamente com a família até conseguir habitação na mesma zona, o que reforçará ainda mais o apoio prático e emocional à família, sendo este um fator protetor importante no quotidiano, especialmente perante a ausência do pai.

Em termos de apoio institucional e espiritual, a família mantém uma relação ativa com a Igreja Evangélica, onde encontra suporte comunitário, orientação espiritual e sentido de pertença. Esta ligação é valorizada e

Em síntese, o ecomapa revela uma família com uma rede de apoio sólida, sobretudo ao nível emocional e espiritual, embora existam desafios associados à ausência prolongada do pai e à necessidade de atenção diferenciada da CF, de forma a promover a sua inclusão emocional e diminuir os sentimentos de ciúme em relação aos irmãos.

1.1.3. Contexto

De acordo com o MCAIF, o contexto familiar engloba cinco dimensões fundamentais: etnia, raça, nível socioeconómico, crenças religiosas ou espirituais, e o meio ambiente em que a família está inserida.

Na avaliação desta família através do MCAIF, é essencial considerar o contexto étnico-cultural, que faz parte do subsistema externo e influencia diretamente a dinâmica familiar. Esta família é composta por indivíduos nascidos no estado do Espírito Santo, Brasil, região reconhecida pela diversidade étnica resultante da miscigenação entre descendentes indígenas, europeus e africanos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022).

Os membros da família apresentam fenótipo moreno, enquadrando-se na categoria étnica denominada “parda”, segundo a classificação do IBGE, que inclui indivíduos com ascendência racial mista, característica comum na população capixaba (IBGE, 2022; Silva et al., 2021). Esta miscigenação representa uma herança cultural e genética plural, que impacta nos valores, crenças, práticas religiosas, redes de apoio social e estilos de comunicação da família.

No âmbito do MCAIF, reconhecer e valorizar essa identidade cultural e étnica é fundamental para a compreensão das especificidades familiares, possibilitando a implementação de intervenções de saúde culturalmente adequadas e sensíveis (Wright & Leahey, 2022; Kaakinen et al., 2021).

Relativamente ao casal e à filha mais velha do mesmo, os mesmos são de nacionalidade brasileira. As duas filhas mais novas do casal, CF e AF, têm dupla nacionalidade portuguesa e brasileira, pois já nasceram em Portugal. Se os pais são brasileiros, mas os filhos nascem em Portugal, os filhos podem adquirir a nacionalidade portuguesa automaticamente se um dos pais estiver legalmente residente em Portugal há pelo menos um ano ou sob outras condições legais.

A posição socioeconómica é um elemento fundamental na análise do contexto familiar, uma vez que influencia significativamente a estrutura interna da família, as prioridades estabelecidas, os valores culturais e as crenças transmitidas, bem como a forma como os membros do agregado familiar interagem com serviços sociais, nomeadamente os sistemas de saúde e de educação (Silva & Mendes, 2021).

Para aferir a posição socioeconómica das famílias, uma das ferramentas frequentemente utilizadas é a Escala de Graffar adaptada, a qual categoriza os agregados familiares em cinco grupos distintos com base em critérios como a ocupação profissional, o nível de escolaridade, a principal fonte de rendimento, as condições habitacionais e a localização da residência (Pereira et al., 2020).

A posição socioeconómica é um elemento fundamental na análise do contexto familiar, uma vez que influencia significativamente a estrutura interna da família, as prioridades estabelecidas, os valores culturais e as crenças transmitidas, bem como a forma como os membros do agregado familiar interagem com serviços sociais, nomeadamente os sistemas de saúde e de educação (Silva & Mendes, 2021).

Após a aplicação da Escala de Graffar para a família F, como podemos observar na Figura 4, esta foi classificada como uma família de classe social media baixa.

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	Barro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores, Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes, Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Eletrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores, Operários semi-qualificados escruturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem eletrodomésticos essenciais.	Barro operário/social
Mão de obra indiferenciada	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Barro de lata

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Figura 4- Aplicação da Escala de Graffar à Família F. no SCLínico®

No que se refere ao ambiente, foi realizada uma avaliação da família F, conforme se pode visualizar na figura 5. Esta reside em Pataias, a uma distância de 5km da USF e a cerca de 22km do Hospital de Santo André, em Leiria. A família possui acessibilidade a serviços de primeira necessidade tais como farmácia, papelaria, café, supermercado e escolas. A sua habitação corresponde ao rés de chão de uma moradia, composta por três quartos, uma sala, uma casa de banho e uma cozinha. A casa apresenta bom estado de conservação, com conforto e bem cuidada. Apresenta aquecimento local, através de radiadores, com algum mobiliário e equipamento básico. A rede de água, saneamento e eletricidade é pública. Não possuem nenhum animal de estimação. No exterior apresentam um pequeno jardim.

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo

22-11-2024

Tipo de alojamento

Alojamento móvel

Apartamento

Barraca/casbre

Desconhecido

Hoteli/pensão

Instituição

Morada

Outro

Quarto/parte de casa

Sem alojamento

Salubridade da zona residencial

Desconhecida

Insalubre

Salubre

Regime de ocupação

Arendista

Cedida

Desconhecido

Outro

Própria

Tipologia

Desconhecido

Não aplicável

T0

T1

T2

T3 ou mais

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

Bom

Desconhecida

Má

Razoável

Electricidade

Desconhecido

Não

Sim

Barreiras arquitetónicas

Desconhecido

Não

Sim

Água

Desconhecido

Não

Sim

Distribuição

Desconhecido

Fontanário a + de 100m de casa

Fontanário a - de 100m de casa

Fora do alojamento

No alojamento

Origem

Desconhecida

Particular

Rede pública

No interior

No exterior

Ativar o Window

Figura 5- Aplicação do questionário habitação à Família F. no SClínico®

1.2. Avaliação de Desenvolvimento

De acordo com a perspetiva sistémica, a compreensão do desenvolvimento familiar exige a análise conjunta do ciclo de vida da família, das tarefas específicas associadas a cada fase e dos vínculos estabelecidos entre os seus membros. Esta abordagem permite identificar as transformações estruturais e relacionais que ocorrem ao longo do tempo, proporcionando uma visão mais completa sobre o funcionamento familiar (Gomes & Fernandes, 2021).

O conceito de desenvolvimento familiar engloba, portanto, as alterações dinâmicas que ocorrem tanto ao nível do grupo familiar como nas trajetórias individuais dos seus elementos. Estas mudanças tendem a seguir uma sequência previsível de fases, cada uma caracterizada por tarefas específicas que influenciam a organização e as interações familiares. A esta sucessão ordenada de transformações dá-se o nome de ciclo vital familiar, sendo as tarefas desenvolvimentais um marco distintivo de cada etapa (Silva & Pereira, 2020).

A primeira proposta sistematizada de estádios do ciclo de vida familiar foi elaborada por Duvall e Miller (1985), tendo-se centrado na família nuclear, desde o momento da sua constituição até às fases mais tardias da vida familiar. Este modelo contempla oito fases sequenciais, cada uma com tarefas desenvolvimentais específicas associadas à transição e adaptação familiar ao longo do tempo (Costa & Ribeiro, 2022).

No caso em análise, a família F encontra-se inserida na etapa IV designada como “Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência, 13 anos”, fase que corresponde ao período em que os filhos são dependentes e exigem elevada atenção em termos de cuidados básicos, educação e socialização. Esta classificação encontra-se representada abaixo, obtida no programa informático SClínico®.

Habitação Grafiar 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 a 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 a 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 6- Classificação da Família F. segundo Duvall no SClínico®

As principais tarefas desenvolvimentais desta fase incluem o ajustamento dos papéis parentais, a reorganização da dinâmica conjugal e familiar, bem como o estabelecimento de rotinas que promovam a segurança e o desenvolvimento infantil (Costa & Ribeiro, 2022).

Contudo, é importante salientar que os modelos clássicos do ciclo vital familiar, como o de Duvall, têm vindo a ser repensados à luz das transformações contemporâneas nas configurações familiares. A crescente diversidade de estruturas familiares — como famílias monoparentais, reconstituídas, homoparentais, multigeracionais ou até famílias com vínculos afetivos não consanguíneos — desafia a rigidez da sequência linear proposta nos modelos tradicionais (Fonseca & Matos, 2021).

Neste contexto familiar, verifica-se que a esposa permanece sozinha em Portugal por longos períodos, uma vez que o marido se encontra ausente devido a compromissos laborais no estrangeiro. Esta situação influencia diretamente a dinâmica familiar, conferindo à mãe a responsabilidade quase exclusiva pela gestão das tarefas parentais e domésticas, o que pode gerar sobrecarga emocional e física, além de afetar o equilíbrio entre os papéis familiares e individuais (Moreira & Santos, 2021).

A ausência prolongada de um dos membros do casal, especialmente durante a fase de "família com filhos pequenos", pode interferir na estabilidade das rotinas familiares, no apoio emocional mútuo entre os pais e no estabelecimento de vínculos afetivos consistentes entre pai e filhos. Adicionalmente, este afastamento pode implicar uma maior vulnerabilidade para a figura parental que permanece, frequentemente sujeita ao isolamento social, à gestão solitária de conflitos e ao aumento de níveis de stress parental (Pereira & Almeida, 2022).

A concentração de responsabilidades num só elemento da parentalidade — neste caso, a mãe — pode gerar situações de sobrecarga, isolamento e desequilíbrio emocional, uma vez que esta acumula funções de cuidadora principal, gestora da casa e figura de referência afetiva constante para os filhos (Pereira & Lima, 2021). A ausência física do pai, embora muitas vezes compensada por um envolvimento económico, dificulta a partilha equitativa das tarefas familiares e pode comprometer a coesão familiar e a qualidade das relações parentais e parento-filiais (Rodrigues et al., 2022).

Este tipo de organização é cada vez mais comum em contextos migratórios e reflete um novo padrão de organização familiar em que os membros mantêm relações estreitas apesar da distância física. Contudo, exige estratégias de adaptação e comunicação eficazes para manter a coesão familiar e assegurar o bem-estar de todos os elementos (Fonseca, 2020).

Recentemente, a família F deparou-se com um novo desafio, decorrente do diagnóstico de PDA atribuído à filha do meio no último ano letivo. Este diagnóstico, para além de ter implicações diretas no desempenho académico e nas relações interpessoais da criança, exerce também um impacto significativo no funcionamento familiar global.

A presença de uma perturbação do neurodesenvolvimento num dos filhos exige da família uma reorganização interna. Os pais são chamados a adaptar rotinas, intensificar o acompanhamento escolar, procurar apoios especializados e lidar com o stress emocional associado à gestão das necessidades específicas da criança (Alves & Martins, 2022).

Apesar deste desafio, a mãe conta com o apoio ocasional de uma tia, que desempenha um papel importante no suporte à gestão diária, sobretudo nos momentos de maior exigência. Esta rede de suporte informal constitui um recurso protetor, reduzindo o isolamento parental e contribuindo para o equilíbrio familiar (Fonseca & Carvalho, 2021).

Adicionalmente, observa-se que o pai apresenta também sinais compatíveis com características PDA não diagnosticado, o que pode influenciar a perceção e o modo como lida com a situação da filha. Estudos indicam que existe uma forte componente genética e familiar no desenvolvimento de PDA, sendo comum a ocorrência simultânea entre pais e filhos (Coutinho & Mendes, 2021). No caso presente, essa possível hereditariedade poderá explicar algumas dificuldades na compreensão e no suporte efetivo por parte do pai, agravadas pela distância física e pela limitada participação no quotidiano familiar.

Este contexto cria um desequilíbrio na dinâmica familiar, com potenciais repercussões ao nível da comunicação, da coesão e da gestão emocional do grupo familiar. A atenção concentrada na filha do meio pode ainda afetar os irmãos, que podem sentir-se menos valorizados ou emocionalmente negligenciados, desencadeando conflitos ou sentimentos de injustiça (Silva & Figueira, 2023). É, por isso, essencial promover uma abordagem familiar integrada, que envolva apoio psicossocial, intervenção educativa diferenciada e acompanhamento parental, reforçando os recursos da família para lidar com este novo desafio.

Apesar da distância geográfica entre os pais — decorrente do trabalho do pai no estrangeiro — a relação conjugal mantém-se positiva e funcional, baseada na comunicação, na confiança e no suporte mútuo, o que demonstra um vínculo conjugal saudável, fundamental para a estabilidade emocional da família (Walsh, 2016).

Contudo, ao nível da fratria, destaca-se a presença de ciúmes por parte da filha do meio em relação à irmã mais nova. Este comportamento é compreensível, uma vez que crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, como o TDA, podem sentir-se menos valorizadas ou incompreendidas, sobretudo quando percebem que os irmãos mais novos recebem mais atenção, afeto ou tolerância por parte dos adultos (Silva & Mendes, 2022). É importante notar, no entanto, que estes sentimentos não anulam a existência de vínculos fraternos.

1.3. Avaliação Funcional

De acordo com o MCAIF, a dimensão funcional avalia a forma como os membros da família se organizam e interagem na realização das tarefas necessárias ao seu funcionamento. Esta avaliação está dividida em duas dimensões principais: a instrumental e a expressiva (Figueiredo & Martins, 2010).

A vertente instrumental diz respeito às atividades essenciais da vida diária, como alimentação, cuidados de higiene, repouso, mobilidade e organização doméstica. Quando um dos membros da família não consegue desempenhar estas funções de forma autónoma, é necessária uma redistribuição de responsabilidades entre os restantes membros (Figueiredo & Martins, 2010).

Neste contexto específico, a família é composta por uma mãe, um pai (ausente temporariamente por razões laborais) e três filhos com idades de oito meses, cinco anos e dez anos. O bebé de oito meses encontra-se em situação de total dependência, exigindo cuidados constantes em todas as áreas da vida diária. As duas crianças mais velhas, embora apresentem maior grau de autonomia, ainda necessitam de supervisão e orientação, especialmente na gestão de rotinas escolares e cuidados pessoais. A mãe assume, assim, o papel de cuidadora principal, organizando-se de forma a garantir o bem-estar físico e emocional dos filhos, conciliando as tarefas domésticas com as necessidades individuais de cada criança.

A dimensão expressiva refere-se aos padrões de comunicação e interação emocional no seio da família, sendo avaliada através de nove subcategorias: comunicação emocional, verbal, não verbal e circular; resolução de problemas; papéis; influência e poder; crenças; e alianças familiares (Figueiredo & Martins, 2010). Apesar da ausência física do pai, observa-se a manutenção de uma estrutura comunicacional funcional, com contacto regular entre os membros da família por meios digitais. A mãe promove um ambiente de afeto, diálogo e segurança, adaptando à dinâmica familiar às exigências da parentalidade em situação de maior carga individual. O envolvimento emocional dos filhos e a cooperação entre irmãos contribuem positivamente para a estabilidade do sistema familiar.

Como complemento à avaliação funcional da família, foram aplicados três instrumentos validados: a escala APGAR Familiar, proposta por Smilkstein (1978), que avalia a perceção do suporte familiar; a escala FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), desenvolvida por Olson, Portner e Lavee (1985), que mede a adaptabilidade e a coesão familiar; e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967), que avalia o impacto de eventos de vida potencialmente geradores de stress na saúde dos indivíduos.

1.3.1. APGAR Familiar

A utilização da escala APGAR Familiar, desenvolvida por Smilkstein (1978), constitui um método eficaz para avaliar a perceção dos membros da família relativamente ao funcionamento familiar. Este instrumento

permite compreender se cada elemento considera ou não a sua família como um suporte funcional. A escala é composta por cinco questões que avaliam dimensões fundamentais das funções familiares, como a adaptabilidade, a parceria, o crescimento, o afeto e a capacidade de resolução de problemas. Cada resposta é pontuada de acordo com o grau de concordância do respondente, e a pontuação total varia entre 0 e 10 pontos.

Com base no resultado obtido, a funcionalidade familiar é classificada em três categorias distintas: alta funcionalidade (7 a 10 pontos), disfunção moderada (4 a 6 pontos) e disfunção acentuada (0 a 3 pontos). No presente caso, o elemento MF obteve uma pontuação total de 8 pontos, o que corresponde a uma família altamente funcional. Este resultado sugere que a família em questão apresenta um sistema funcional equilibrado, com capacidade para enfrentar e superar eventuais dificuldades, mantendo um nível satisfatório de suporte emocional e relacional entre os seus membros.

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional			
Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção			
Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Figura 7- Aplicação da Escala APGAR Familiar ao elemento MF

1.3.2. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é um instrumento clínico que permite avaliar o impacto de eventos de vida potencialmente stressantes sobre a saúde dos indivíduos, através da quantificação das denominadas unidades de mudança de vida. Holmes e Rahe demonstraram que a probabilidade de desenvolvimento de doenças aumenta à medida que esses eventos se acumulam, sobretudo quando ocorrem num curto espaço de tempo (Figueiredo, 2009).

A aplicação desta escala revela-se particularmente pertinente no contexto da família em análise, dado que esta atravessa um conjunto significativo de mudanças e fontes de stress. Entre os acontecimentos relevantes destacam-se: a ausência do pai, que se encontra a trabalhar fora do país, alterando a dinâmica familiar e exigindo uma reorganização dos papéis parentais; o processo de diagnóstico PDA numa das crianças, com sete anos, o qual implica não só preocupação emocional, como possíveis alterações na rotina escolar e familiar; e ainda a integração de um novo elemento na família, um bebé de sete meses, que naturalmente exige atenção constante e adaptações logísticas e emocionais por parte de todos.

A utilização da escala permite, assim, quantificar o nível de stress a que esta família está sujeita e avaliar o risco potencial de adoecimento, seja em termos físicos ou emocionais. Esta informação é essencial para que os profissionais de saúde, nomeadamente de enfermagem familiar, possam planear intervenções adequadas, promover estratégias de *coping* e prevenir o surgimento de situações de maior vulnerabilidade no sistema familiar.

A aplicação da escala concretiza-se por meio de um questionário composto por 43 eventos potencialmente geradores de stress, ocorridos no espaço temporal de um ano. O respondente deve identificar quais desses acontecimentos vivenciou. A cada evento está associada uma pontuação específica, variando entre 11 e 100 pontos, de acordo com o grau de impacto atribuído pelos autores. Após a seleção dos eventos relevantes, é realizado o cálculo do total de pontos acumulados, obtendo-se um score global que permite estimar o risco de desenvolvimento de doenças.

Conforme a pontuação total obtida, o risco é classificado da seguinte forma:

- Entre 150 e 199 pontos: risco aproximado de 37% para o surgimento de doença;
- Entre 200 e 300 pontos: risco estimado de 50%;
- Acima de 300 pontos: probabilidade de cerca de 80% de ocorrência de problemas de saúde (Figueiredo, 2009).

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 8- Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe no elemento MF

O elemento MF respondeu ao questionário que compõe a Escala de Readaptação Familiar de Holmes & Rahe, conforme consta na Figura 8. De acordo com as suas respostas, os acontecimentos de crise/stress que ocorreram no último ano foram: a gravidez, o aumento do agregado familiar, alteração dos hábitos pessoais e as mudanças de condições ou horário de trabalho, o que perfaz um total de 123 pontos.

Podemos assim afirmar que, nesta fase, a família apresenta 37% de probabilidade de incidência de uma doença caso necessite de um reajuste à sociedade depois das mudanças significativas na sua vida.

1.3.3. Escala FACES IV

Com o objetivo de avaliar a coesão, a adaptabilidade e o tipo de funcionamento familiar, foi utilizada a versão portuguesa da escala FACES II – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*, adaptada por Otilia Monteiro Fernandes (1995). Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 30 itens, desenhado para ser preenchido individualmente, permitindo obter uma perspetiva subjetiva dos membros da família sobre as suas dinâmicas internas, nomeadamente nas dimensões da coesão e da adaptabilidade familiar.

A aplicação da escala segue o formato de uma escala de tipo Likert com cinco opções de resposta, variando entre 1 ("quase nunca") e 5 ("quase sempre"). A pontuação de alguns itens é invertida, nomeadamente os itens 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29, exigindo atenção no momento da codificação.

COESÃO FAMILIAR																
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30
ADAPTABILIDADE FAMILIAR																
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões			
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24		

Figura 8- Itens da Escala de FACES II (Fonte: Amaral (2015))

A pontuação da dimensão da coesão é calculada da seguinte forma: à soma dos itens 3, 9, 15, 19, 25 e 29 subtrai-se o valor de 36; em seguida, soma-se o total dos restantes itens ímpares, juntamente com o item 30. No que diz respeito à adaptabilidade, subtrai-se de 12 o somatório dos itens 24 e 28, somando-se depois os demais itens pares (excluindo o item 30).

Os valores obtidos permitem classificar a coesão familiar numa escala entre 15 e 80 pontos, e a adaptabilidade entre 15 e 70 pontos. A média aritmética entre as duas dimensões $(C+A/2)$ possibilita a categorização do funcionamento familiar em quatro níveis: família extrema, intermédia, moderadamente equilibrada e equilibrada.

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80 74	Muito Ligada	8	70 65	Muito Flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	64 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

Figura 9 - Interpretação linear da Escala de FACES II (Fonte: Amaral (2025))

Este instrumento tem sido amplamente utilizado em investigações contemporâneas na área da psicologia familiar e mantém relevância na avaliação das dinâmicas sistêmicas (Olson, 2011; Vieira & Silva, 2020), permitindo uma compreensão integrada das percepções individuais sobre os padrões de relacionamento familiar.

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)											
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre						
1. Em casa ajudamos-nos uns aos outros quando temos dificuldade.						20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.						21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.						22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.						23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.						24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.						25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.						26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.						27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.						28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família						29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.						30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.											
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.											
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.											
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.											
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.											
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.											
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.											
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.											

Figura 10- Aplicação da Escala FACES II à MF.

Através da aplicação da Escala FACES II, foi possível avaliar o funcionamento familiar nas dimensões de coesão e adaptabilidade. A pontuação obtida na dimensão da coesão foi de 42 pontos, o que corresponde a um nível

considerado “conectado”. Este resultado indica que os membros da família mantêm uma ligação emocional saudável, com partilha de afetos e envolvimento mútuo, mas também com respeito pela individualidade e autonomia de cada elemento. Há um equilíbrio entre proximidade e espaço pessoal, o que favorece relações familiares funcionais.

Na dimensão da adaptabilidade, a família obteve 49 pontos, situando-se na categoria “flexível”. Este nível indica uma boa capacidade de ajustamento a mudanças, reorganização de papéis e regras, e partilha na tomada de decisões. A estrutura familiar apresenta-se suficientemente estável, mas com abertura à mudança, o que permite uma resposta eficaz a exigências internas e externas.

Em conjunto, os resultados apontam para um funcionamento familiar equilibrado, com padrões saudáveis de relacionamento e de gestão da dinâmica familiar. A presença simultânea de uma coesão conectada e de uma adaptabilidade flexível corresponde, segundo o modelo de Olson, a um tipo de funcionamento ideal, promotor de bem-estar, ajustamento e desenvolvimento positivo dos seus membros.

1.3.4. Escala de Avaliação do Risco Familiar de García-González

A Escala de Risco Familiar de García-González assenta na identificação sistemática de fatores de risco socioeconómicos, estruturais e de saúde que, quando presentes, podem comprometer o funcionamento global da família (García-González et al., 2002). O modelo teórico subjacente à escala baseia-se no princípio da acumulação de vulnerabilidades, segundo o qual o risco familiar aumenta à medida que se acumulam fatores adversos no contexto familiar (Wright & Leahey, 2013).

A pontuação da escala é realizada de forma dicotómica, atribuindo-se um ponto à presença de cada fator de risco e zero pontos à sua ausência (García-González et al., 2002). A pontuação total resulta da soma dos pontos obtidos em todos os itens avaliados, permitindo uma classificação objetiva do nível de risco familiar. Este método de pontuação facilita a identificação de famílias que necessitam de acompanhamento prioritário em cuidados de saúde primários, particularmente em contextos de doença crónica ou de crianças com necessidades especiais de cuidados de saúde (Bomar, 2004).

De acordo com a literatura, a interpretação da pontuação total permite classificar a família em diferentes níveis de risco familiar, sendo geralmente considerados valores mais baixos como indicativos de baixo risco e valores mais elevados como representativos de risco moderado ou elevado (García-González et al., 2002; Wright & Leahey, 2013).

A Escala de Risco Familiar de García-González foi aplicada à família em estudo, composta por um casal e três filhas menores, uma das quais com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A avaliação considerou fatores relacionados com a estrutura familiar, contexto socioeconómico, condições habitacionais, presença de doença crónica e suporte social.

Fator avaliado	Presente	Ausente
Instabilidade económica	☐	☒
Condições habitacionais inadequadas	☐	☒
Presença de doença crónica / NSE	☒	☐
Rede de apoio insuficiente	☐	☒
Dificuldades no acesso a cuidados	☐	☒

Tabela 11- Resultados da aplicação da Escala de Risco Familiar de García-González

Interpretação geral da pontuação:

0–2 pontos: Baixo risco familiar

3–5 pontos: Risco familiar médio

≥6 pontos: Risco familiar elevado

A pontuação obtida na escala correspondeu a baixo risco familiar, refletindo a presença de múltiplos fatores protetores, nomeadamente estabilidade habitacional, acesso a cuidados de saúde, organização familiar adequada e existência de suporte social informal. Apesar da presença de uma criança com necessidades especiais de cuidados de saúde, a família demonstra capacidade de adaptação e gestão do quotidiano, não sendo identificados fatores estruturais ou sociais que comprometam significativamente o seu funcionamento global.

1.3.5. Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer

A Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade psicossocial da família, integrando fatores relacionados com o stress familiar, a sobrecarga do cuidador e a qualidade do suporte emocional (Segovia & Dreyer, 1996). Este instrumento baseia-se numa perspetiva sistémica e ecológica da família, reconhecendo que o risco familiar resulta não apenas de fatores económicos, mas também de elementos emocionais e relacionais (Bomar, 2004).

A pontuação da escala segue igualmente um modelo cumulativo, no qual cada fator de risco identificado contribui para o aumento do risco global da família (Segovia & Dreyer, 1996). A presença de cada fator avaliado corresponde à atribuição de um ponto, enquanto a sua ausência corresponde a zero pontos. A soma dos pontos obtidos permite obter uma pontuação final que reflete o nível de vulnerabilidade psicossocial da família.

Segundo os autores, a interpretação da pontuação permite classificar a família em diferentes níveis de risco, sendo esta classificação utilizada como suporte à tomada de decisão clínica e à implementação de intervenções preventivas no âmbito da saúde familiar (Segovia & Dreyer, 1996). Em famílias com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, esta escala revela-se particularmente útil na identificação precoce de situações de stress e sobrecarga que podem comprometer o equilíbrio familiar (Wright & Leahey, 2013).

	Presente	Ausente
Stress familiar significativo	☒	☐
Sobrecarga do cuidador	☒	☐
Conflitos familiares	☐	☒
Isolamento social	☐	☒
Suporte emocional insuficiente	☐	☒

Tabela 12- Resultados da aplicação da Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer

Interpretação geral da pontuação:

0–1 pontos: Ausência de risco

2–3 pontos: Risco familiar ligeiro

≥4 pontos: Risco familiar elevado

A aplicação da Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer permitiu avaliar a vulnerabilidade psicossocial da família, considerando aspetos como stress familiar, sobrecarga do cuidador principal e suporte emocional. A pontuação obtida situou a família num nível de risco ligeiro, evidenciando a presença de fatores de vulnerabilidade associados sobretudo à sobrecarga materna enquanto principal cuidadora e à ausência frequente da figura paterna por motivos laborais.

Embora estes fatores não configurem risco elevado, indicam a necessidade de vigilância contínua e de intervenções preventivas por parte do enfermeiro de saúde familiar, orientadas para a redistribuição de papéis, reforço da rede de apoio e promoção de estratégias de *coping* adaptativas.

2. PLANO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem familiar constitui um ciclo contínuo e de constante revisão, baseado numa comunicação interativa entre o enfermeiro e o indivíduo ou família. Trata-se de um sistema dinâmico, cujo propósito central é oferecer cuidados centrados na pessoa e na família, com o objetivo de alcançar desfechos desejáveis. Este ciclo divide-se em cinco fases interligadas: a recolha de dados e avaliação inicial, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e, por fim, a avaliação dos resultados (Costa & Almeida, 2021).

Os cuidados prestados estão orientados pelos valores da OE, que incluem: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, incentivo ao autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados (OE, 2002; Silva & Nunes, 2020).

As informações foram recolhidas em três fases: durante a consulta do programa nacional de saúde infantil e juvenil, numa visita domiciliária e posteriormente num contato não presencial — e permitiram identificar as necessidades, dificuldades e recursos disponíveis da família. Esta análise deve ser continuamente aprofundada, incluindo recurso a ferramentas como escalas, de modo a obter uma visão mais completa do sistema familiar e promover intervenções mais eficazes (Ferreira & Costa, 2022).

A partir desta avaliação, foram definidos os principais focos de intervenção e formulados diagnósticos de enfermagem prioritários, seguidos por um plano de cuidados familiar.

Data	Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
15/6	Planeamento Familiar	Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos adequado	- Avaliar o conhecimento sobre métodos contraceptivos; - Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos; - Motivar para o uso de contraceptivos.	O casal utiliza como métodos contraceptivos o implante hormonal.
15/6	Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido na família	- Avaliar conhecimento para promover comportamentos de procura de saúde; - Avaliar potencial para melhorar conhecimentos; - Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde; - Informar a família sobre os recursos disponíveis; - Esclarecer o motivo de cada encaminhamento, adequado a linguagem ao nível de literacia.	O elemento CF foi encaminhado para a enfermeira especialista em saúde infantil da UCC, pelo que foram propostas sugestões à família que foram aceites e compreendidas pela mesma; O elemento AF por problemas a nível de rotação cervical, foi encaminhado para consulta de fisioterapia de reabilitação, que a família aceitou e compreendeu.
15/6	Comportamento de adesão	Comportamento de adesão não demonstrado	- Monitorizar o seguimento nas consultas; - Contatar telefonicamente a família para reforçar a presença na consulta.	O elemento CF, pelo diagnóstico de PDA, foi convocado para realização de aulas extraordinárias em Julho, pelo não vai ser possível tendo em conta que se encontra no Brasil. AF tem comparecido às consultas de seguimento.
15/6	Satisfação Conjugal	Risco de Insatisfação Conjugal	- Avaliar o grau de satisfação conjugal através de entrevista individual ou conjunta. - Promover espaço de diálogo entre os elementos do casal, em ambiente de escuta ativa e não julgamento. - Identificar fatores de tensão (Ex: sobrecarga parental, problemas financeiros, doenças dos filhos). - Educar sobre estratégias de comunicação	O casal verbaliza capacidade de comunicação e coesão. Demonstra estratégias adaptativas para gerir as tensões familiares. Refere maior bem-estar e satisfação na relação conjugal, apesar da distância física atual.

			assertiva e resolução de conflitos. - Estimular momentos de partilha e lazer em casal, de acordo com as possibilidades da família. - Sugerir reenaminhamento para apoio especializado (psicologia, terapia familiar), caso necessário.	
15/6	Papel Parental	Risco de Desempenho Ineficaz do Papel parental	- Avaliar o desempenho parental e percepção das responsabilidades associadas à parentalidade. - Identificar fatores que interferem com o desempenho do papel parental (ex: sobrecarga, falta de apoio, insegurança, stress). - Educar sobre o desenvolvimento infantil e estratégias de cuidado adequadas a cada faixa etária. - Estimular o envolvimento de ambos os cuidadores nas rotinas dos filhos. - Promover estratégias de autocuidado para prevenir exaustão parental. - Envolver a rede de apoio (formal e informal). - Ensinar os pais sobre o processo de vinculação; - Ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil; - Avaliar a adesão à vacinação; - Planear vacinação; - Motivar os pais para a adesão à vacinação; - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; - Negociar a redefinição das tarefas parentais, papéis pelos membros da família. - Reencaminhar para recursos especializados (psicologia, apoio à parentalidade), se necessário.	Os cuidadores demonstram competências parentais ajustadas à idade e necessidades dos filhos. Referem menor equilíbrio na distribuição de tarefas, tendo em conta a ausência temporária laboral do JF. No entanto afirmam apoio mútuo no cuidado parental. Demonstram capacidade para identificar e procurar ajuda quando necessário, recorrendo à tia materna ou irmãos de JF. Redução de sinais de sobrecarga ou insegurança na parentalidade.

15/6	Processo Familiar	Risco de Disfunção no processo Familiar	- Identificar fatores de stress que afetam o processo familiar (doença, conflitos, sobrecarga, dificuldades económicas, etc.); - Promover estratégias de comunicação eficaz e gestão de conflitos; - Reforçar os recursos e forças da família; - Apoiar a reorganização de papéis, rotinas e responsabilidades familiares; - Facilitar o acesso a recursos comunitários ou serviços especializados (psicologia, apoio social); - Estimular momentos familiares positivos e cooperativos.	A família identifica e utiliza os seus próprios recursos para lidar com desafios, coopera na definição e implementação de cuidados em saúde e demonstra maior coesão e capacidade de adaptação.
------	-------------------	---	---	---

Tabela 2- Plano de Cuidados à Família F.

CONCLUSÃO

Através da aplicação do MCAIF foi possível compreender a complexidade do sistema familiar em análise, destacando-se a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. A família é constituída por um casal jovem com três filhas em diferentes fases do desenvolvimento, o que coloca desafios específicos ao nível da organização familiar e das necessidades de cada elemento, especialmente no que se refere ao apoio emocional e à gestão dos ciúmes manifestados pela filha do meio.

No domínio estrutural, observou-se uma rede familiar alargada com forte envolvimento emocional, apesar da distância física de alguns elementos, como os sogros que residem no estrangeiro. A relação próxima com a tia materna, que presta apoio efetivo, representa um importante recurso informal. Do ponto de vista funcional, destaca-se a capacidade de adaptação da família face à ausência prolongada do pai que, por motivos profissionais se encontra frequentemente fora do país e a cooperação entre os restantes membros na partilha de responsabilidades.

A ligação à comunidade é reforçada pela participação ativa na igreja evangélica, que funciona como rede de apoio espiritual e emocional. A presença de condições de saúde relevantes, como o défice de atenção em três gerações e o histórico de diabetes mellitus tipo 1, exige vigilância contínua e um plano de cuidados centrado na prevenção e educação em saúde.

Neste contexto, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro especialista em saúde familiar, cuja intervenção se pauta por uma abordagem holística, sistémica e centrada na família. O especialista tem competências para avaliar os processos relacionais, identificar vulnerabilidades e recursos, e desenvolver planos de intervenção que potenciem o empoderamento da família, promovendo a sua autonomia e a sua capacidade de resposta às adversidades. A sua atuação não se limita ao cuidado direto, estendendo-se à promoção da saúde e à prevenção da doença, sempre numa lógica de parceria com a família.

O estudo aprofundado da família, com recurso a modelos teóricos como o de Calgary, permitiu-me desenvolver uma visão crítica, reflexiva e fundamentada da prática clínica. Este processo formativo favorece o desenvolvimento de competências na avaliação familiar, na tomada de decisão e na construção de intervenções personalizadas, fundamentais para uma prática de excelência no contexto da saúde familiar.

Em suma, a família revela-se funcional e coesa, com recursos internos e externos que contribuem para a sua resiliência. Contudo, a continuidade do acompanhamento por parte da equipa de enfermagem, com a atuação especializada, será essencial para reforçar competências parentais, promover o desenvolvimento das crianças e apoiar a família na gestão dos seus desafios quotidianos, elevando a qualidade dos cuidados prestados e contribuindo para a melhoria efetiva dos indicadores de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, M., & Martins, R. (2022). Perturbações do neurodesenvolvimento e impacto na dinâmica familiar: Desafios na parentalidade. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39(1), 78–89. <https://doi.org/10.34632/rpp.2022.14987>

Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Saunders.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Using Ecological Systems Theory to Enhance Community Health Literacy. *American Journal of Health Education*, 53(4), 200–210.

Clinical Medicine And Health Research Journal. (2023).

Costa, L., & Ribeiro, A. (2022). Ciclo de vida familiar: Transições, desafios e intervenções em saúde familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Família*, 18(1), 25–34. <https://doi.org/10.34632/rpef.2022.13456>

Costa, M., & Almeida, L. (2021). *Processo de enfermagem familiar: teoria e prática*. Lisboa: Editora Saúde.

Coutinho, L., & Mendes, F. (2021). Perturbação de défice de atenção em contexto familiar: Contributos da genética e da intervenção precoce. *Revista de Saúde Infantil e Desenvolvimento*, 13(2), 45–57. <https://doi.org/10.5935/rsid.2021.1302>

Fernandes, O. M. (1995). *Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – FACES II (Versão portuguesa)*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Ferreira, P., & Costa, S. (2022). *Avaliação familiar com MCAF em contexto comunitário*. Porto: Ed. Enfermagem.

Figueiredo, A. (2022). *Apoios sociais no mesossistema familiar (2ª ed.)*. Porto: Editora Saúde e Família.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de saúde familiar: Um contributo para a sua fundamentação*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. H. P. (2012). *Família: Uma abordagem sistémica*. Coimbra: Formasau.

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Um contributo para a sua fundamentação*. Loures: Lusociência.

Fonseca, C. (2020). Famílias transnacionais: Reconfigurações e desafios na contemporaneidade. *Revista Migrações*, 14(1), 45–60. <https://doi.org/10.25755/migr.2020.14567>

Fonseca, C., & Carvalho, T. (2021). Redes de apoio informal e parentalidade: O papel da família alargada no bem-estar das famílias nucleares. *Revista Interações*, 44(2), 90–101. <https://doi.org/10.25755/int.2021.23117>

García-González, R., et al. (2002). Evaluación del riesgo familiar en atención primaria. *Atención Primaria*, 29(4), 215–221.

Gomes, M., & Fernandes, O. (2021). Família e ciclo vital: Dinâmicas, transições e desafios contemporâneos. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 25(1), 34–45. <https://doi.org/10.34632/pec.2021.10234>

Guy-Evans, O. (2023, 16 de agosto). Bronfenbrenner's ecological systems theory. In Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/bronfenbrenner-ecological-model-7643403>

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Censo Demográfico 2022: Características da população e dos domicílios. <https://www.ibge.gov.br>

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2021). Family health care nursing: Theory, practice, and research (6th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Medeiros, B., & Rocha, C. (2021). Modelos de intervenção familiar na enfermagem. Coimbra: Imprensa Académica.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*, Nova Iorque: Springer Publishing Company

Mendes, I. A., & Ventura, C. A. A. (2021). Modelos de avaliação em enfermagem: da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 1), e20210021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0021>

Mendes, I. A., & Ventura, C. A. A. (2021). Modelos de avaliação em enfermagem: da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 1), e20210021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0021>

Moreira, A., & Santos, I. (2021). Parentalidade em contextos de ausência prolongada: Implicações emocionais e organizacionais. *Revista Psicologia e Sociedade*, 33(2), 112–124. <https://doi.org/10.1590/pss.2021.33209>

Naz, H., & Ahmad Ganaie, N. Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*, 3(6), 713–715. <https://doi.org/10.18535/cmhrj.v3i6.254>

NCBI Bookshelf. (2024). Nursing Fundamentals (Evaluation section). Open RN. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610818/>

Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>

Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). FACES II: Family adaptability and cohesion evaluation scales. University of Minnesota, Family Social Science.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Referencial conceptual para a prática de enfermagem em Portugal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, L., Costa, A., & Rodrigues, M. (2020). Determinantes sociais da saúde: Uma abordagem contextualizada à realidade portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2020.04.003>

Pereira, M., & Almeida, L. (2022). Stress parental e redes de apoio em famílias monoparentais temporárias. *Cadernos de Psicologia Social e Institucional*, 28(1), 73–85. <https://doi.org/10.5935/0103-4065.20220010>

Ribeiro, A., Martins, F., Tronchin, D., & Forte, P. (2018).

Rodrigues, M., Silva, T., & Barbosa, L. (2022). Divisão de tarefas familiares em contextos de migração laboral: Desafios e repercussões na dinâmica conjugal. *Cadernos de Psicologia Social e Institucional*, 29(1), 91–103. <https://doi.org/10.5935/0103-4065.20220012>

Segovia, M., & Dreyer, E. (1996). Instrumentos para la valoración del riesgo familiar. *Salud Pública*, 38(2), 123–130.

Silva, A., & Figueira, C. (2023). Famílias em adaptação: O impacto dos diagnósticos escolares nas relações parentais e fraternas. *Psicologia, Educação e Sociedade*, 28(1), 33–46. <https://doi.org/10.1590/pes.2023.280133>

Silva, A., & Pereira, C. (2020). O ciclo de vida familiar e as suas implicações no funcionamento relacional. *Cadernos de Psicologia Social e Institucional*, 26(2), 88–97. <https://doi.org/10.5935/0103-4065.20200008>

Silva, J., & Nunes, A. (2020). Organização e avaliação de cuidados de enfermagem. *Enfermagem & Saúde*, 12(2), 101–115.

Silva, R. M., Santos, F. A., & Oliveira, L. M. (2021). Análise da miscigenação étnico-racial no Espírito Santo: Implicações sociais e culturais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 36(104), e036104. <https://doi.org/10.1590/0000-0000.2021.036104>

Silva, R., & Gonçalves, F. (2023). Carga mental e emocional das mães cuidadoras: Implicações para o bem-estar familiar. *Psicologia, Educação e Cultura*, 27(1), 59–70. <https://doi.org/10.1590/pec.2023.270105>

Silva, R., & Mendes, F. (2021). Família e contexto socioeconómico: Impactos na organização e na saúde familiar. *Cadernos de Psicologia Social e Institucional*, 27(1), 55–68. <https://doi.org/10.5935/0103-4065.20210006>

Silva, T., & Mendes, R. (2022). Dinâmicas fraternas em famílias com crianças com necessidades especiais: Percepções, desafios e estratégias. *Revista de Psicologia e Desenvolvimento*, 38(1), 52–64. <https://doi.org/10.34632/rpd.2022.14888>

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

Vieira, M., & Silva, A. (2020). Avaliação do funcionamento familiar: Aplicações e contributos do modelo de Olson. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(3), 739–751.

Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). The Guilford Press.

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

Wright, L. M., & Leahey, M. (2022). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.

APÊNDICE II- Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Este documento destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os elementos e sugestões nele contido não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro.

O consentimento será livre se a pessoa em causa puder exercer uma verdadeira escolha, assim a linguagem a utilizar deverá ser adaptada à literacia dos participantes a recrutar.

Do consentimento informado deve constar:

1. Identificação do Projeto/Estudo Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais
2. Justificação do Estudo Atendendo aos riscos a que as crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE) e os seus cuidadores estão sujeitos, e tendo em conta que a família é vista como um sistema, em que todos os seus elementos interagem e se influenciam entre si, advindo isto das suas características de circularidade e reciprocidade, revela-se crucial identificar precocemente famílias com crianças com NSE e proceder ao seu acompanhamento, por forma a prevenir o desenvolvimento de complicações que possam afetar o funcionamento familiar.
3. Informação sobre os objetivos Objetivos Gerais: - Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; - Caracterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; - Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais. Objetivos Específicos: - Comparar os resultados entre as diferentes USF participantes, identificando possíveis diferenças na prevalência de NSE, no acesso aos cuidados e na funcionalidade familiar. - Descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças identificadas com NSE, incluindo tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso medicação, uso de serviços de saúde e terapias, alterações na funcionalidade. - Aplicar instrumentos padronizados de avaliação familiar (como o APGAR Familiar, Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, Escala de Risco Familiar de García González) nas famílias das crianças com NSE. - Analisar as dimensões avaliadas pelas escalas utilizadas, identificando fatores de risco e proteção no contexto familiar: Apoio emocional e afetivo; Adaptação e resolução de problemas; Participação e coesão familiar e Comunicação e funcionamento interno - Enquadrar a avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary, descrevendo aspetos de estrutura (composição familiar, genograma), desenvolvimento (fases e papéis familiares) e funcionalidade (interações, suporte e estratégias frente à doença crónica). - Gerar recomendações adaptadas a cada contexto local, promovendo a articulação entre profissionais de saúde, famílias e estruturas comunitárias.
4. Informação sobre os métodos/procedimentos utilizados Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar García-González e Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer; Aplicação transversal do CSHCN Screener® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) Screener® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade das USF.
5. Informação sobre a duração previsível do estudo 4 anos.
6. Informação sobre riscos/benefícios/desconforto do estudo O principal benefício do estudo é a contribuição para o conhecimento científico e consequentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O estudo não apresenta riscos, nem desconfortos.
7. Explicitação que a participação é voluntária A sua participação neste estudo é totalmente voluntária . Isso significa que não é obrigado(a) a participar e que a decisão de participar deve ser tomada de forma livre e informada.
8. Explicitação que pode desistir em qualquer altura, sem consequências A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária . Isto significa que tem o direito de desistir a qualquer momento , sem precisar de justificar a sua decisão. Se decidir não participar, ou se começar o estudo e depois quiser sair, não será penalizado de forma alguma , nem sofrerá qualquer prejuízo. A sua decisão não afetará o seu acesso a cuidados, serviços ou qualquer outro direito que lhe seja garantido. Se tiver dúvidas ou se em algum momento se sentir desconfortável, poderá comunicar com a equipa de investigação para esclarecer tudo antes de tomar uma decisão. Se quiser desistir do estudo deverá comunicar à investigadora, nomeadamente por escrito.
9. Garantia da confidencialidade dos dados ou do anonimato Garantimos que todas as informações recolhidas durante este estudo serão tratadas com total confidencialidade . Os seus dados serão utilizados apenas para fins de investigação e não serão partilhados com terceiros fora da equipa responsável pelo estudo, exceto se exigido por lei. Os dados serão tratados de forma anónima — isto significa que não será possível identificar os participantes individualmente nos resultados finais.
10. Base legal para o tratamento dos dados O tratamento dos seus dados pessoais neste estudo será feito de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) – Regulamento (UE) 2016/679 , e demais legislação nacional aplicável. A base legal para o tratamento dos dados é o seu consentimento informado, livre, específico e explícito , dado no momento em que aceita participar no estudo.

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direcção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

11. Finalidades do tratamento de dados

Os dados **não serão utilizados para fins comerciais, promocionais ou publicitários**, nem serão partilhados com terceiros fora da equipa de investigação, exceto se exigido por lei ou autorizado pelo participante.

Apenas serão recolhidos os dados **estritamente necessários** para alcançar os objetivos científicos do estudo, respeitando sempre os princípios da legalidade, transparência e minimização dos dados, conforme estabelecido pelo **Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD)**.

12. Prazo de conservação dos dados

Os dados recolhidos deverão ser conservados durante o período de 5 anos.

Após o prazo estabelecido, os dados identificáveis serão eliminados de forma segura ou convertidos em dados anonimizados, sempre com respeito pela sua privacidade.

13. Designação e contato do “encarregado de proteção de dados” – pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais de correntes do RGPD

Docente do Instituto Politécnico de Leiria – Professora Eva Menino (eva.menino@ipleiria.pt)

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Serviço/Departamento: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria	
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: eva.menino@ipleiria.pt	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Se tiver alguma queixa ou queira desistir do estudo, poderá também contactar a Comissão de Ética, através do e-mail sec.comtecnicas@ulsrl.min-saude.pt. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

☐ Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ **AUTORIZO** ☐ **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

☐ **Representante legal;** ☐ **Pessoa de relação próxima com o (a) Participante**

☐ Pai/Mãe ☐ Filho/Filha ☐ Cônjuge ☐ Tutor ☐ Outro (especificar) _____

Nome _____

☐ Cartão Cidadão/BI ☐ Passaporte ☐ Carta de condução N.º _____ Data Emissão ou validade: _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

I / 31/11/2025



SAÚDE

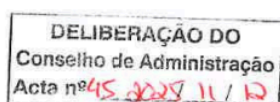


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA

CIIDC



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração,
Dr. Manuel José Carvalho,
Unidade Local de Saúde Região de Leiria, E.P.E.
Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria

CI - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Científico

Ref.ª 116/2025

Leiria, 10 de novembro de 2025

Assunto: Trabalho académico, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Enf.ª Ana Carolina Garcia Barros e [redacted] ambas a exercerem funções na [redacted]

[redacted] **“Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais”**, submetido pela Prof. Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

De acordo com o Procedimento Interno “Aprovação de estudos e projetos de Investigação”, em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

O estudo decorrerá nas USF Cidade do Lis, USF Pinhal do Rei, USF Stephens, tendo como objetivos gerais identificar e caracterizar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar, bem como avaliar a estrutura, o funcionamento e o desenvolvimento das suas famílias.

Mais se informa que este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética de acordo com a Ata n.º 08, de 2025.11.03. Neste sentido, submete-se o pedido para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

(Enf. Daniel Carvalho)

Aprovado

O Conselho de Administração

Manuel Carvalho
Presidente

Filipa Esperança
Vogal Executiva

Neusa Magalhães
Vogal Executiva

Catarina Faria
Diretora Clínica - CSH

Denise Alexandra
Diretora Clínica - CSP

Paulo Lopes
Enfermeiro Diretor

ANEXO IV- Apresentação “Os desafios da Comunicação”



OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO

• Enf.^a Carolina Barros



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA

	Objetivos	Conteúdos	Método de Apresentação	Tempo
Introdução	Identificar o objetivo e a estrutura da sessão;	Definição de Comunicação	Expositivo	2 min
Desenvolvimento	Análise do Modelo Teórico;	Comunicação interna Objetivos da comunicação interna Funções da Comunicação Barreiras da comunicação Canais da Comunicação	Expositivo	11 min
Conclusão	Sintetizar as ideias principais.	Reflexão quanto à importância da Comunicação; Estratégias de Comunicação em contexto laboral;	Expositivo	2 min

CENÁRIO 1

- Tu tens um euro
- Eu tenho um euro
 - Trocamos
- Eu fico com um euro
- Tu ficas com um euro

CENÁRIO 2

- Tu tens uma ideia
- Eu tenho uma ideia
 - Trocamos
- Eu fico com duas ideias
- Tu ficas com duas ideias
- Podemos construir uma terceira ideia...

MELHORIA?

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

Emissor



Receptor



Mensagem

Referente

Código

Canal

I - Impossibilidade de não comunicar



Todo o comportamento é uma forma de comunicação. Como não existe forma contrária ao comportamento ("não-comportamento"), também não existe "não-comunicação". Então, é impossível não comunicar.



Paul Watzlawick



II -A comunicação é uma dimensão essencial da ação humana

É a comunicação que permite chegar ao outro(s)



É a comunicação que permite sair do meu espaço e criar um espaço intersubjetivo



O que é a comunicação interna?



A COMUNICAÇÃO INTERNA É O CONJUNTO DE PROCESSOS E PRÁTICAS QUE UMA ORGANIZAÇÃO UTILIZA PARA COMPARTILHAR INFORMAÇÕES, ALINHAR OBJETIVOS E PROMOVER A INTERAÇÃO ENTRE SEUS COLABORADORES.



ABRANGE TODAS AS FORMAS DE TROCA DE INFORMAÇÕES DENTRO DA INSTITUIÇÃO, DESDE OS COMUNICADOS FORMAIS E REUNIÕES ATÉ AS CONVERSAS INFORMAIS ENTRE COLEGAS DE TRABALHO.

Qual o objetivo principal da comunicação interna?



- O objetivo principal da comunicação interna é garantir que todos os membros da organização estejam bem informados, compreendam claramente as metas e estratégias da instituição e possam colaborar de maneira eficiente.

- Isso envolve não apenas a transmissão de informações de cima para baixo, como também a facilitação da comunicação bidirecional, onde os feedbacks e sugestões dos colaboradores são ouvidos e valorizados.
- Uma comunicação interna eficaz é vital para **construir um ambiente de trabalho coeso e produtivo**, pois ela ajuda a prevenir mal-entendidos, aumenta a transparência e fortalece a relação dos funcionários.



Homeostase VS Mudança
Isolamento VS Participação
Resistência VS Corresponsabilização

FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO



CONTROLO



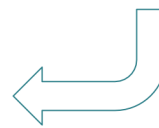
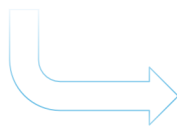
MOTIVAÇÃO



INFORMAÇÃO



EXPRESSÃO DE
EMOÇÕES

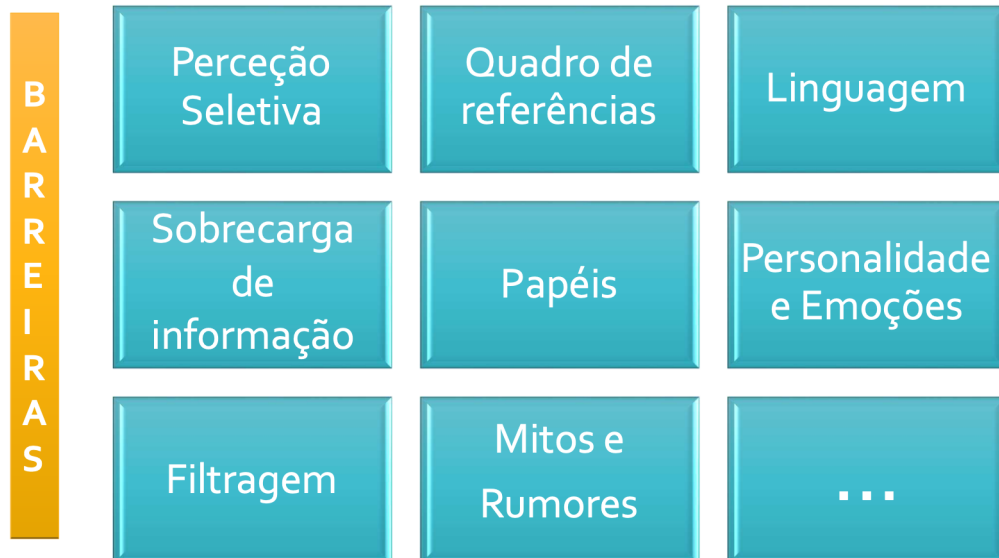


- Apesar da multiplicação dos canais de comunicação (síncrona e assíncrona), da velocidade nas comunicações, independentemente da distância, da facilidade de acesso à informação...

1) A comunicação continua a ser um dos problemas assinalados por muitos profissionais nos seus processos de avaliação organizacional.

2) A comunicação deficiente está na base de grande parte dos conflitos interpessoais e intergrupais .

Comunicação como transferência e compreensão do significado entre uma ou mais pessoas



PERCEÇÃO SELETIVA

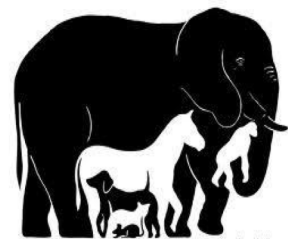
Fenómenos de Atenção e Memória

Retemos:

- 20% do que ouvimos
- 30% do que vemos
- 50% do que vemos e ouvimos em simultâneo
- 70% do que vemos, ouvimos e discutimos

QUADRO DE REFERÊNCIAS

Reinterpretação



Conhecimento
(Profissional)

Crenças e
valores

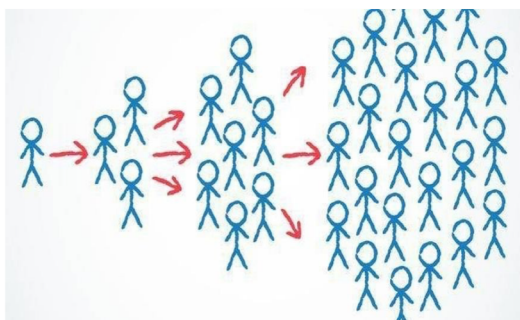
Experiências Pessoais e
background

Assim, os profissionais de saúde vão estruturando ao longo da sua trajetória profissional um *quadro interpretativo pessoal*. Esse referencial corresponderia a “*um conjunto de cognições, de representações mentais que funcionam como uma lente através da qual olham para a sua profissão, dando-lhe um sentido e agindo nela*”

(Kelchtermans, 2009, p.72).

COMUNICAÇÃO UNIDIRECIONAL, BIDIRECIONAL OU MULTIDIRECIONAL

DESCENDENTE ASCENDENTE LATERAL



FEEDBACK e FEEDFOWARD

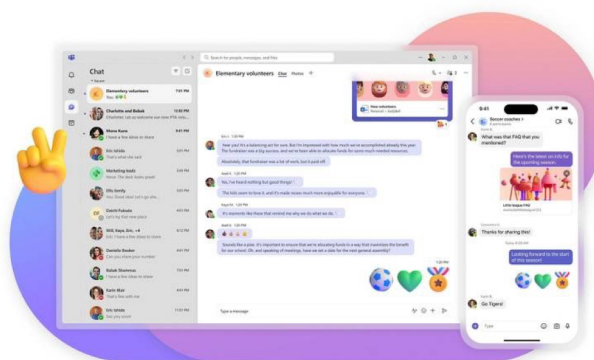
ESCOLHA DO CANAL (?)

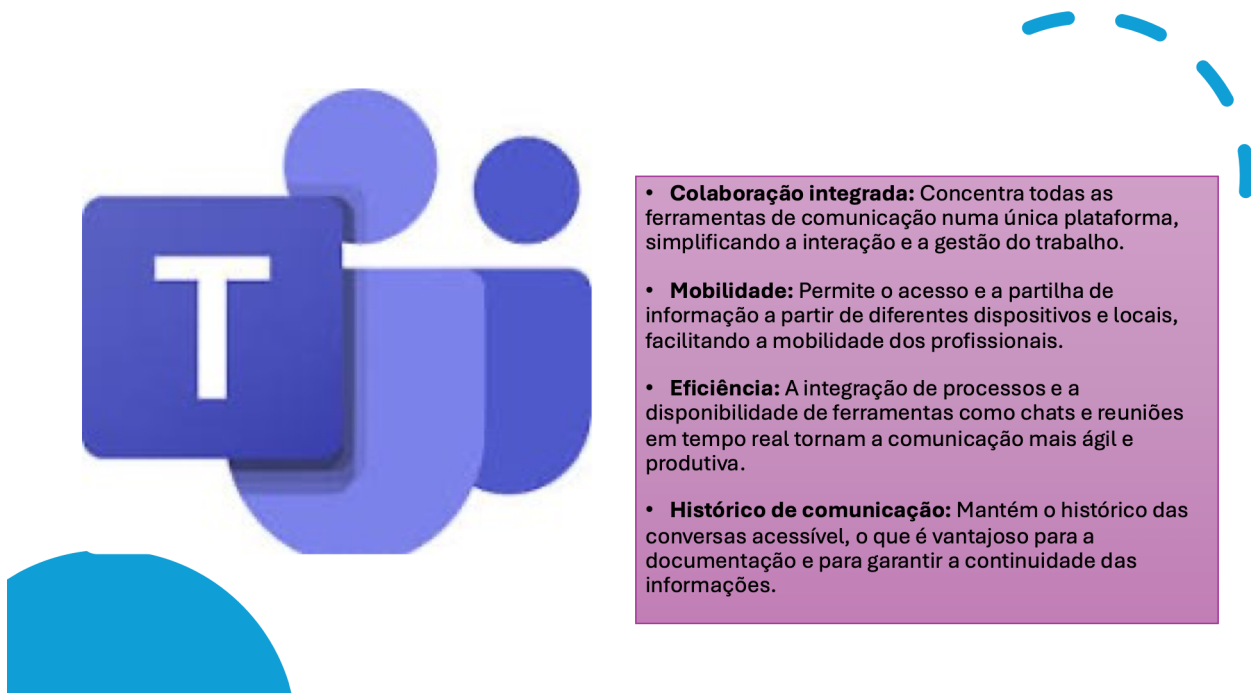


Funcionalidades de comunicação:

- Chats;
- Chamadas de áudio e vídeo;
- Reuniões online;
- Partilha de ficheiros.

É uma ferramenta de **comunicação unificada** que permite a colaboração e a comunicação dentro de uma **Unidade Local de Saúde (ULS)** através de chats, chamadas de vídeo, reuniões online e partilha de ficheiros, tudo num único local. Esta plataforma integra diversas ferramentas para facilitar a comunicação e os processos de trabalho, garantindo que os profissionais se mantêm conectados independentemente da sua localização.





3) Linguagem e contexto de significados

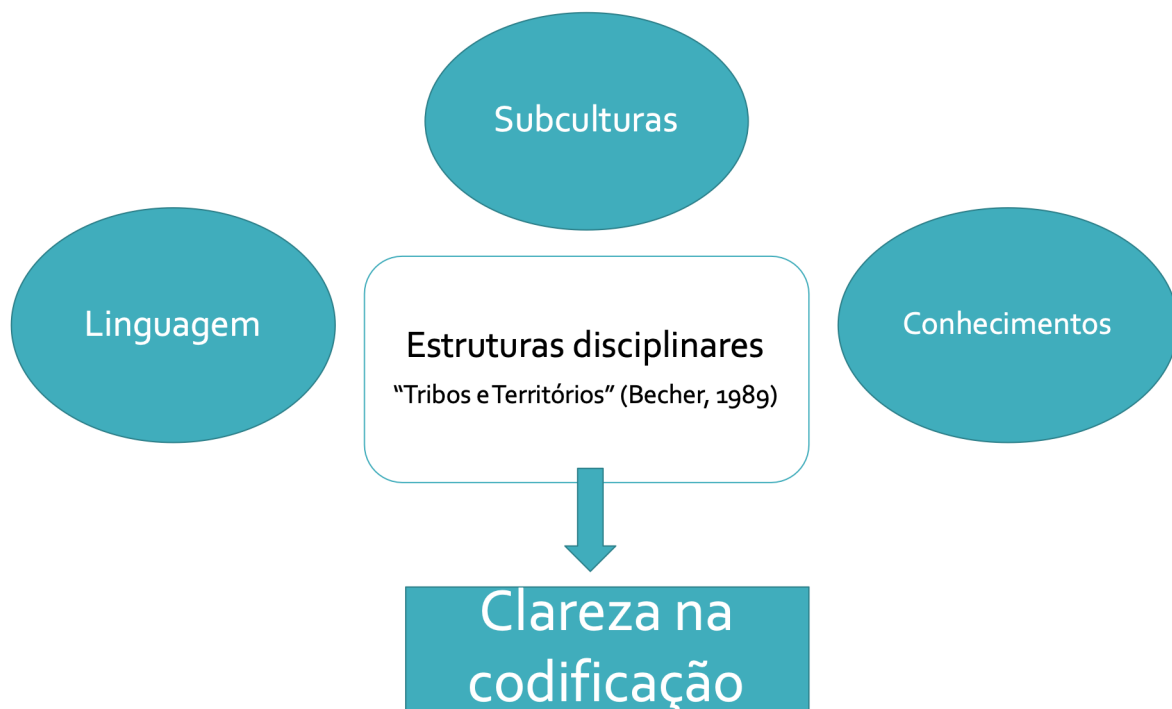
Contexto de significação

Por vezes, nós partimos do princípio de todos partilharmos o mesmo conhecimento, que interpretamos a informação, o contexto da mesma forma... Mas nem sempre assim é....

E isso pode causar grandes **perturbações** na comunicação.

Duas senhoras dirigiram-se ao balcão do Banco, pedindo indicações para proceder a um pagamento online. O senhor que as atendeu, indicou-lhes todos os passos: - "O último passo", disse ele, "é ler o código de barras".





3) Sobrecarga de informação e Gestão da Informação



Fluxo de Informação
Excede a capacidade
de Processamento
do Indivíduo



Informação
Fragmentada ou
dispersa ou
repetitiva



Burocracia



Mitos e
Rumores



Timing



Densidade

3) Sobrecarga de informação > Gestão da Informação



Gerir fluxos de informação – tempo útil

Criar instrumentos multifuncionais

Uniformizar procedimentos



Selecionar/ sintetizar a informação atendendo ao recetor

Feedback e Feedforward

Adequar linguagem/ Suporte



Difundir em diferentes suportes

Transparência

Credibilidade Fonte
Exatidão

4) Papéis, Personalidade e relações interpessoais

Todos os indivíduos têm formas mais ou menos estáveis de comunicar, podendo considerar-se que existem vários estilos comunicacionais: o agressivo, o passivo, o manipulador e o assertivo.



Agressivo

Pessoa que expressa as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões, mas de uma forma hostil, exigente e ameaçadora ou punitiva para com o interlocutor.



Passivo

É aquele que falha na expressão das suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões.



Manipulador

Pessoa que expressa as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões de uma forma implícita ou indireta.

Assertivo

Pode ser definido como alguém que comunica com outros expressando-se de forma aberta, dando a conhecer claramente o que quer e o que sente e, por outro lado, atuando de forma pró-ativa para obter o pretende dos outros.

PORQUE DEVEMOS UTILIZAR A COMUNICAÇÃO ASSERTIVA?

- Ser assertivo aumenta o respeito por nós próprios e pelos outros;
- Reduz a noção de insegurança e vulnerabilidade;
- Aumenta a autoconfiança no relacionamento com os outros, diminuindo a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos;
- Defendermos os nossos direitos, permite que consigamos que as nossas preferências sejam respeitadas e as nossas necessidades satisfeitas;
- É um estilo de relacionamento interpessoal que poderá ser extremamente recompensante, uma vez que proporciona maior proximidade entre as pessoas e maior satisfação na comunicação das nossas emoções. Gostamos mais de uma pessoa quando ela age de forma assertiva.

Comunicação organizacional

Gerir:

- Inter-relações do individuo no grupo;
- Inter-relações do individuo com o grupo do qual faz parte;
- Inter-relações dos subgrupos no grupo;
- Inter-relações dos grupos entre si.

Negociação
Gestão de
Conflitos
Abertura e
Flexibilidade

Atender a
aspectos
individuais,
culturais,
políticos....

Em síntese,



MUITO OBRIGADA!

APÊNDICE V- Folheto Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação



Vacinas extra programa nacional de vacinação

USF



VACINA CONTRA O VÍRUS SINDICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)

O VSR é uma das causas associadas a infeções respiratórias em idade pediátrica.

Nirsevimab®

Administração Intramuscular
Peso abaixo de 5Kg: 50mg
Peso acima de 5Kg: 100mg

- Crianças nascidas entre 01/06/2025 e 31/03/2025;
- Crianças pré termo com idade gestacional até às 33 semanas + 6 dias nascidas entre 01/04/2025 e 21/05/2025 ou entre 01/01/2025 e 31/03/2025;
- Crianças com outros fatores de risco acrescido para infeção, que ainda não tenham completado 24 meses até ao dia 30/09/2025.

Gratuita para as idades recomendadas

VACINA CONTRA A VARICELA (VÍRUS VVZ)

O vírus varicela-zoster é a causa da varicela e do herpes zoster. A varicela é uma doença predominante na infância e altamente contagiosa, podendo originar complicações graves como choque séptico e pneumonia.

Varivax® MSD	Varilix® GSK
Administração Intramuscular 2 doses	
Crianças com idade igual ou superior a 12 meses (excecionalmente com mais de 9 meses);	Crianças com idade igual ou superior a 12 meses;
6 semanas de intervalo entre as doses.	
Idade entre 12 meses e os 12 anos pelo menos 4 semanas de intervalo; Idade igual ou superior a 13 anos: 4-8 semanas de intervalo; Entre os 9 meses e os 12 meses: 3 meses de intervalo.	

VACINA CONTRA NEISSERIA MENINGITIDIS (ACWY)

A doença meningocócica apresenta-se com febre e exantema peteíal ou purpúrico e tem manifestações graves como a sépsis e a meningite.

Administração intramuscular

Nimenrix®	Menveo®
A partir das 6 semanas e < 6 meses: 3 doses; (2*, 4* e 12 meses).	A partir dos 2 anos: 1 dose
6 meses a < 12 meses, não vacinados: 2 doses; (6* e 12 meses).	
A partir dos 12 meses, não vacinados: 1 dose (12 meses).	

***Vacina extra plano (não gratuita). Aos 12 meses a vacina contra a Men-ACWY está incluída no Programa Nacional de Vacinação, sendo, por isso, gratuita.**

VACINA CONTRA HEPATITE A

Havrix junior®	VAQTA®
Entre os 12 meses e os 15 anos (18 anos no máximo): 2 doses com 6 meses de intervalo;	Entre os 12 meses e os 17 anos: 2 doses com 6 meses de intervalo

A Hepatite A é uma infeção aguda no fígado causada por um vírus, que pode ser assintomática ou provocar um quadro agudo associado a febre, mal estar, icterícia, colúria, astenia, anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal.

VACINA CONTRA ROTAVÍRUS

A gastroenterite aguda é uma infeção muito comum nos primeiros anos de vida. O Rotavírus é a causa mais frequente de diarreia aguda com risco de desidratação grave.

VACINA CONTRA ROTAVÍRUS

RotaTeq® MSD (5 serotipos)	Rotarix® GSK (2 serotipos)
3 doses 2, 4 e 6 meses	2 doses 2 e 4 meses

4 Semanas de intervalo Administração oral

VACINA CONTRA A GRIPE

Vaxigripe Tetra®1	Influvac Tetra®1	Fluarix Tetra®1
- Indicada para crianças com idade superior a 6 meses; Administração Intramuscular - Gratuita para crianças com idade igual ou superior a 6 meses e inferior a 24 meses.		
Fluenz® - Indicada para crianças com idade igual ou superior a 24 meses e inferior a 18 anos; Administração intranasal		



Transição para a parentalidade: comunicação entre pais e avós

Ana Carolina Barros, André Gomes, Carolina Almeida, Clara Nogueira e Rita Nunes.

Comunicação; Pais; Avós; Transição; Parentalidade.

A **parentalidade** constitui um processo normativo e desejado na vida adulta todavia é considerada uma das transições mais complexas dentro do sistema familiar. O apoio familiar é apontado como um fator facilitador desta transição, contudo podem surgir **conflitos geracionais** entre pais e avós, onde a comunicação surge como uma ferramenta eficaz. Assim, a **comunicação familiar** deve constituir foco da atuação do enfermeiro de família.

(Silva et al. 2021; Portugal & Alberto, 2023; Soares, 2008 as cited in Bispo, 2015)

RESULTADOS

Ambivalência de sentimentos face à inclusão dos avós na parentalidade

Pais apreciam o apoio recebido pelos avós no processo da parentalidade

Conflitos geracionais na parentalidade

Desentendimentos familiares e relações precárias relacionadas com a comunicação familiar ineficaz

Papel do enfermeiro de família na mediação de conflitos familiares, promoção da comunicação familiar eficaz e inclusão dos avós nos cuidados à família

A comunicação clara e direta entre pais e avós promove relações familiares harmoniosas e previne conflitos geracionais

OBJETIVO: IDENTIFICAR O CONTRIBUTO DA COMUNICAÇÃO EFICAZ ENTRE PAIS E AVÓS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.

METODOLOGIA



CINAHL

MEDLINE

RCAAP

Google Académico

2 Artigos científicos
1 relatório de estágio
1 Revisão *Scoping*

Pesquisa bibliográfica

Artigos publicados nos últimos 10 anos sobre a comunicação eficaz entre pais e avós

EM SUMA...

Os pais reconhecem a importância do **apoio dos avós** na transição para a parentalidade

Podem surgir conflitos geracionais relacionados com **falhas comunicacionais** que se refletem em relações familiares distantes

Dificuldades acrescidas na parentalidade

A **comunicação** é fundamental no alcance de uma transição saudável e equilibrada

O enfermeiro de família é visto como uma **figura de confiança** na mediação de conflitos familiares



Contactos: 5240067@my.iplleiria.pt; 5240068@my.iplleiria.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS