



Escola Superior de Saúde

Enfermagem de Saúde Familiar:
Estudos de Caso



Escola Superior de Saúde

Enfermagem de Saúde Familiar:
Estudos de Caso

Coordenação: Alcinda Reis e Catarina Afonso

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de Caso

COORDENAÇÃO EDITORIAL:

Alcinda Reis (Ciência ID: AA1C-494B-AF37)

Catarina Afonso (Ciência ID: 261A-A621-F59F)

REVISORES:

Alcinda Reis^{1;2}

Ana Spínola^{1;2}

Catarina Afonso^{1;2}

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

²RISE-Health, Santarém School of Health, Polytechnic Institute of Santarém, Quinta do Mergulhão Sr^a da Guia, 2005-075 Santarém, Portugal.

EDITOR: Instituto Politécnico de Santarém

ANO DE PUBLICAÇÃO

2026 – Escola Superior de Saúde

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem de Saúde Familiar

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Estudo de Caso

ISBN: 978-989-36789

INFORMAÇÃO AO LEITOR: Obra publicada no âmbito do projeto *Care4family – projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do modelo Dinâmico e Intervenção Familiar*, após desenvolvimento do Ensino Clínico dos Mestrados de Enfermagem de Saúde Familiar, da 1^a edição do Mestrado de Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESSS.

COMO CITAR: Reis, A., & Afonso, C. (Coords.). (2026). *Enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Índice

I Capítulo: Contributos Teóricos	8
1. Estudos de Caso de Famílias	9
II Capítulo: Estudos de Caso	13
1. Transição da Conjugalidade para a Parentalidade em Contexto Comunitário	14
2. Empoderamento do Cuidador informal, na família de pessoa dependente	22
3. Intervenção à Família com um membro dependente	32
4. Intervenção à Pessoa Idosa Dependente	39
5. Família de Pessoa Idosa Dependente	52
6. Família de Pessoa com Diabetes	59
7. Família de Pessoa com Diagnóstico Inaugural de Diabetes tipo 2	71
8. Família de Pessoa com Ferida Complexa	82
9. Família na Transição para a Parentalidade	95
10. Transição Hospital-Domicílio	109
11. Família multicultural na Transição para a Parentalidade	117
12. Casal de Idosos e Satisfação Conjugal	128
13. Família de pessoa com ferida complexa	136
III Capítulo: Projeto de Investigação	145
1. Família em contexto neonatal na transição do hospital para o domicílio	146

Coordenadoras | Autoras

Alcinda Reis

Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde (ESSS) do Politécnico de Santarém; Doutora em Enfermagem; Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Investigadora integrada no RISE-Health, Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém; Investigadora colaboradora no CIEQV. Membro da Rede Académica de Literacia em Saúde. Integra a equipa de investigadores do projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”.

Catarina Afonso

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Santarém; Doutora em Enfermagem; Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Pós-Graduada em Sexualidade Humana Investigadora integrada no RISE-Health, Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém; Investigadora colaboradora no CIEQV. Membro da Rede Académica de Literacia em Saúde. Integra a equipa de investigadores do projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”.

PREFÁCIO

A família assume um papel central nos cuidados de enfermagem, sendo compreendida como um sistema dinâmico, em permanente interação com o seu contexto. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, a adoção de modelos teóricos consistentes é fundamental para uma prática especializada, intencional e centrada nas potencialidades da família.

O e-book “Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de Caso” tem como objetivo promover a reflexão e a aplicação prática do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), através da análise de estudos de caso que integram as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da vida familiar. Este modelo permite uma compreensão aprofundada da família, orientando a identificação de necessidades e o planeamento de intervenções de enfermagem ajustadas ao seu percurso e contexto.

Destaca-se a relevância da iniciativa de reunir e disseminar este trabalho em formato digital, conferindo visibilidade ao conhecimento produzido e potenciando a partilha, a replicação de boas práticas e o desenvolvimento contínuo. Esta obra evidencia, assim, a capacidade empreendedora no domínio da educação e da aprendizagem ao longo da vida, contribuindo para o cumprimento das áreas de missão do ensino superior.

Dirigido a estudantes e profissionais de saúde, este e-book constitui um recurso pedagógico e clínico que reforça o pensamento crítico e a valorização da família enquanto foco dos cuidados de enfermagem.

Muitos Parabéns, a TODOS!

Ana Spínola, janeiro de 2026

Presidente do Conselho Pedagógico da Escola Superior de Saúde – IPSantarém

Capítulo I: Contributos Teóricos

1. ESTUDOS DE CASO DE FAMÍLIAS

Catarina Afonso, Ana Spínola, Lúgia Monterroso & Alcinda Reis

1. ENQUADRAMENTO

Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e a família, através do estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Têm por finalidade a capacitação da família tendo por base a maximização do seu potencial de saúde, auxiliando-a nos processos de transição e a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde e de vida, através da mobilização de recursos internos e externos. (Figueiredo, 2012). Nesta perspetiva, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) pretende proporcionar um quadro de referência para a prestação de cuidados especializados às famílias. Este Modelo apresenta três categorias principais que incluem subcategorias no âmbito interno, externo e contextual da vida familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional, que se afiguram como áreas de atenção (Figueiredo, 2012).

O MDAIF encontra-se assente nos seguintes pressupostos: i) a família é um sistema constituído por diversos subsistemas e a interação entre os seus elementos e o ambiente conferem-lhe unicidade; ii) a família tem competência para se manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade; iii) as mudanças que ocorrem na família são contextuais e evolutivas; iv) as famílias são mais confiantes face ao futuro, quando enfatizam o melhor do seu passado; v) a saúde familiar é construída de acordo com o desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto; vi) o sistema familiar é alvo dos cuidados de enfermagem; vii) os cuidados de enfermagem enfatizam as interações entre os diferentes elementos da família e entre estes e o ambiente; viii) os cuidados de enfermagem são regidos por um paradigma sistémico; ix) a finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família; x) as etapas do processo de enfermagem vão ao encontro das características auto-organizadoras do sistema familiar. (Figueiredo, 2012).

Ao adotar este modelo, na prática clínica especializada em enfermagem de saúde familiar, consegue-se conhecer melhor a família, bem como o seu contexto, permitindo identificar as necessidades afetadas e planear as intervenções de enfermagem.

2. METODOLOGIA

A abordagem metodológica de estudo de caso, é pertinente em investigação em saúde quando se pretende compreender fenómenos complexos no seu contexto real. Esta metodologia possibilita uma análise aprofundada, holística e contextualizada da situação em estudo, permitindo captar as múltiplas dimensões envolvidas (Yin, 2018). É amplamente valorizada em investigação qualitativa, especialmente em Enfermagem, quando o foco recai sobre a compreensão de dinâmicas familiares, processos de cuidado ou intervenções específicas.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, o estudo de caso revela-se metodologicamente congruente com o MDAIF, conforme proposto por Figueiredo (2012). Esta abordagem permite operacionalizar uma avaliação multidimensional da família, identificar necessidades singulares e monitorizar os efeitos das intervenções de enfermagem, respeitando o contexto e a singularidade de cada agregado familiar.

Considerações Éticas

A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação são confidenciais. São utilizados pseudónimos de modo a preservar a confidencialidade e a privacidade dos dados pessoais.

Todas as comissões de ética das unidades locais de saúde envolvidas aprovaram favoravelmente a realização de estudos de caso, no âmbito do projeto Care4Family.

3. GANHOS EM SAÚDE

Os ganhos em saúde representam um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios identificados para a formulação dos diagnósticos. Deste modo, a apresentação dos ganhos em saúde em cada estudo de caso fundamenta-se na manifestação da mudança ocorrida nos diagnósticos identificados para cada família. Nomeadamente, mudanças ocorridas no funcionamento e dinâmica familiar, tais como novas histórias, novas relações, e/ou novos comportamentos. Neste sentido, de acordo com a circularidade entre as áreas de atenção das dimensões familiares, transversais a todo o processo familiar, a avaliação diagnóstica e respetiva alteração do diagnóstico traduzir-se-á em ganhos em saúde, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem especializados em saúde familiar.

Para a equipa de investigadores, a partilha de estudos de casos representa uma prática baseada em evidência, que reforça a arquitetura dos cuidados de enfermagem especializados em saúde familiar. São esperadas: a identificação de respostas às necessidades nas famílias, através da consciencialização familiar, bem como a identificação dos recursos das famílias, o que permitirá o desenvolvimento de estratégias de capacitação das famílias abrangidas pelas unidades funcionais

BIBLIOGRAFIA

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª ed.). Artes Médicas.

Dias, S., Marques, M., Gama, A., Pedro, A., Barreiros, F., Mendonça, J., Loureiro, I., & Fernandes, A. (2022). Literacia em saúde em populações migrantes: necessidades em saúde, acesso, compreensão, utilização da informação e dos serviços. Escola Nacional de Saúde Pública.

Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family development*. Harper & Row.

Figueiredo, M. H., Santos, I., & Santiago, C. (2023). Transformações sociais e complexidade interacional. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 96-100). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1a). Lusociência.

Guimarães, T., & Cafeiro, G. M. (2018). As novas configurações familiares sob o olhar dos filhos destes sistemas. *Revista Brasileira de Ciências da Vida* 6(2). <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/709>

Hanson, S. (2005). *A enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e investigação*. (2ª ed.). Lusociência.

Martins, M. M. (2023). Conceito de saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 122- 124). Lidel.

Reis, A., & Spínola, A. (2017). Comunicação intercultural em saúde: contributos para a formação e cuidados de enfermagem. In M. L. Rangel-S & N. Ramos (Eds.), *Comunicação e Saúde: Perspetivas Contemporâneas* (p. 1438).

Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. (3ª ed.). Edições Afrontamento.

Santiago, C., Reis, A., Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Exclusão social: Minorias étnicas, migração e pobreza. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 329-338). Lidel.

Silva, M. M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 96-100). Lidel.

Singly, F. (2007). *Sociologia da família contemporânea*. Editora FGU.

Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92-95). Lidel.

Yin, R. (2018). *Case Study Research And Applications - Design And Methods* (6.a ed.). Sage Publications inc.

II Capítulo: Estudios de Caso

1. Transição da Conjugalidade para a Parentalidade em Contexto Comunitário

Carolina Fidalgo, Maria de La Salette Ferreira & Lígia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família em estudo, designada pelo nome fictício “Paim”, é constituída por dois elementos adultos, ambos de origem caucasiana, residentes numa moradia própria situada na periferia urbana. A pessoa de referência do agregado é renomeada como “CP”, do sexo feminino, com 34 anos de idade. Em termos de habilitações literárias, é detentora do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, exercendo atualmente funções de gestão numa farmácia comunitária situada na sua área de residência. Relativamente ao historial clínico, apresenta antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente psoríase, artrite reumatoide e excesso de peso, condições que acarretam implicações potenciais para a sua saúde geral e para o decurso da gravidez. A “CP” encontra-se em união de facto desde 2017 com “ZF”, indivíduo do sexo masculino, com 35 anos de idade e com licenciatura em Engenharia Informática. “ZF” exerce atividade profissional em regime de teletrabalho numa empresa multinacional, o que lhe confere maior flexibilidade laboral e disponibilidade para apoiar a companheira durante a gestação. Após um período prolongado de tentativas de conceção, a gravidez foi finalmente alcançada, encontrando-se “CP” atualmente com 16 semanas de gestação de um feto do sexo feminino. O seguimento clínico da gravidez ocorre em regime misto: por um lado, em consultas de obstetrícia em clínica privada; por outro, em consultas de vigilância de saúde materna na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde se encontra inscrita. No que concerne ao contexto habitacional, o casal reside numa moradia unifamiliar com cerca de cinquenta anos de construção, composta por cinco divisões. Apesar de apresentar boas condições de conservação, está previsto um processo de obras de requalificação e melhoramento, a ser agilizado tendo em conta a evolução da gravidez. A habitação dispõe de saneamento básico, recolha regular de resíduos sólidos urbanos, gás canalizado, aquecimento através de lareira e aquecedores elétricos. Não possui sistema de ar condicionado, embora os residentes considerem que dispõem dos eletrodomésticos essenciais ao conforto do agregado. No âmbito da relação com animais de estimação, a família possui dois felinos domésticos, “G” e “E”, devidamente vacinados (esquema regular e vacinas extraplano) e desparasitados. Os animais realizam acompanhamento veterinário bianual, representando um potencial fator de enriquecimento afetivo, embora possam

implicar cuidados acrescidos de higiene e vigilância durante a gravidez, sobretudo no que respeita à prevenção de zoonoses. Em síntese, a família “Paim” caracteriza-se por uma estrutura nuclear estável, com condições habitacionais adequadas e inserção profissional consolidada (Figueiredo, 2023). Contudo, a presença de antecedentes clínicos significativos em “CP” e a vivência de uma gestação após dificuldades de conceção constituem elementos relevantes para a compreensão do seu contexto de saúde familiar

2. APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

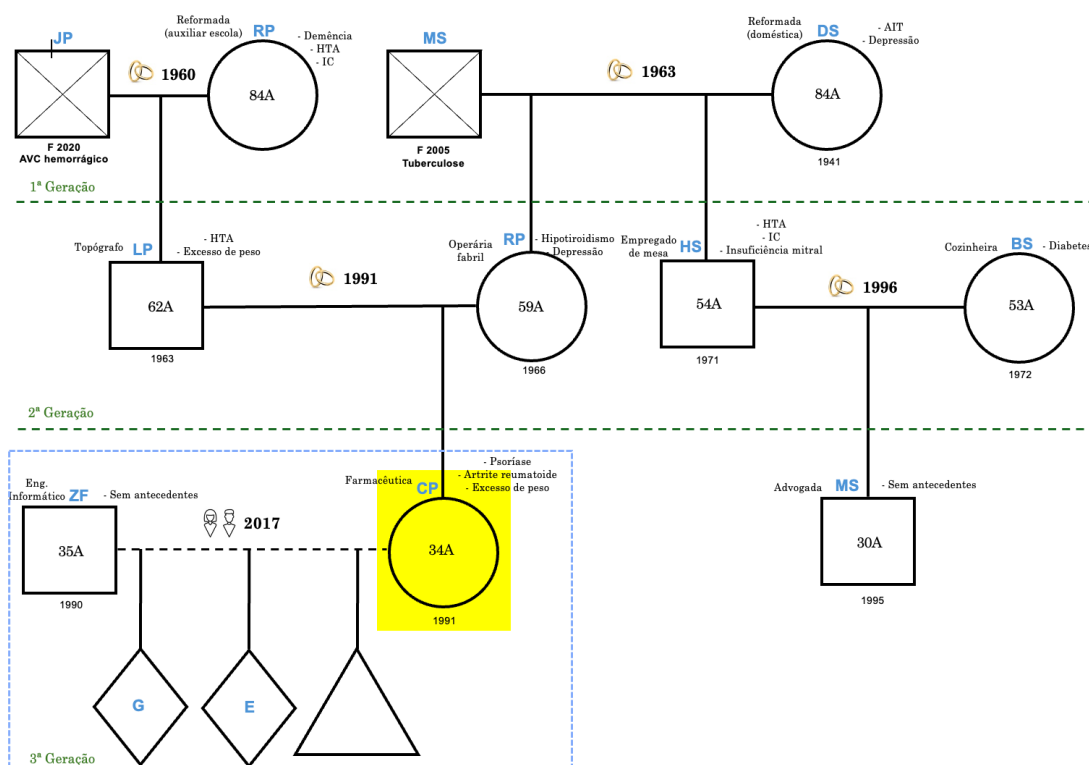
O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) constitui um instrumento conceptual e metodológico que visa operacionalizar o conhecimento em enfermagem de saúde familiar, permitindo organizar, estruturar e orientar as intervenções, de modo a promover ganhos em saúde mensuráveis e sustentáveis. A sua génese decorreu da necessidade de criar um referencial adaptado à realidade das famílias portuguesas e às exigências dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), possibilitando a abordagem da família como uma unidade de cuidados (Figueiredo, 2023). A construção do MDAIF resultou de um processo de investigação desenvolvido no contexto dos CSP e encontra-se alicerçada numa tríade de referenciais teóricos fundamentais: a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana. A sua base epistemológica sustenta-se no Pensamento Sistémico, integrando contributos dos modelos de Calgary (Martins & Relvas, 2000), tanto de Avaliação da Família como de Intervenção na Família. Assim, parte-se do pressuposto de que o sistema familiar é dinâmico, complexo e interdependente, devendo ser considerado simultaneamente na sua globalidade e na singularidade de cada elemento que o constitui. Esta perspetiva permite identificar e potenciar as forças intrínsecas da família, maximizando a eficácia das intervenções de enfermagem e favorecendo resultados positivos em saúde (Figueiredo, 2023). Tal como outros referenciais utilizados na tomada de decisão clínica em saúde familiar, o MDAIF surge com a finalidade de sistematizar os processos de avaliação e intervenção, conferindo rigor, coerência e continuidade às práticas de enfermagem.

2.1 Dimensão estrutural

A dimensão estrutural refere-se ao conjunto de fatores que configuram a organização e os recursos materiais e ambientais disponíveis ao agregado familiar. Nela são analisados elementos como o rendimento familiar, as características do edifício

residencial, as condições de segurança, o abastecimento de água e a presença de animais domésticos. No caso da família "Paim", os instrumentos de avaliação considerados mais adequados incluem o Genograma, que, segundo Figueiredo (2023), possibilita a construção de uma visão longitudinal da história familiar, identificando padrões de relacionamento, ciclos de desenvolvimento e potenciais problemas futuros. Este instrumento fornece informações valiosas sobre a estrutura, o funcionamento e a evolução da família, constituindo um recurso essencial para fundamentar a prática clínica em enfermagem de saúde familiar.

Figura 1 – Genograma da família



O Ecomapa, constitui um instrumento complementar de avaliação familiar, concebido para representar graficamente as relações que a família estabelece com os diversos sistemas do seu contexto externo. Através dele, é possível identificar a rede de suporte formal e informal, bem como avaliar a qualidade, intensidade e direção das interações estabelecidas. Dessa forma, o Ecomapa permite evidenciar o **equilíbrio (ou desequilíbrio) entre necessidades e recursos disponíveis**, fornecendo dados relevantes para a compreensão da dinâmica de suporte da unidade familiar. No caso da família “Paim”, a análise do Ecomapa revela a presença de **ligações muito fortes e significativas** com diferentes sistemas externos. Entre estas destacam-se:

- O **contexto laboral**, uma vez que ambos os elementos do casal se encontram profissionalmente ativos e valorizam o seu desempenho nesta esfera, a qual assume não apenas uma função de sustento económico, mas também de realização pessoal.
- A **médica obstetra em consultório privado**, que acompanha a gestação de “CP”, constituindo uma fonte de confiança, segurança clínica e suporte afetivo nesta etapa do ciclo vital.
- O **clube de padel**, onde o casal pratica atividade física regularmente, estabelecendo igualmente **relações de amizade e socialização**, que funcionam como fator protetor ao nível da saúde física e mental.
- O **núcleo familiar alargado**, nomeadamente as **avós de ambos os elementos** e os **pais de “CP”**, com quem mantêm vínculos estreitos e de suporte contínuo, particularmente relevantes no contexto da gravidez.

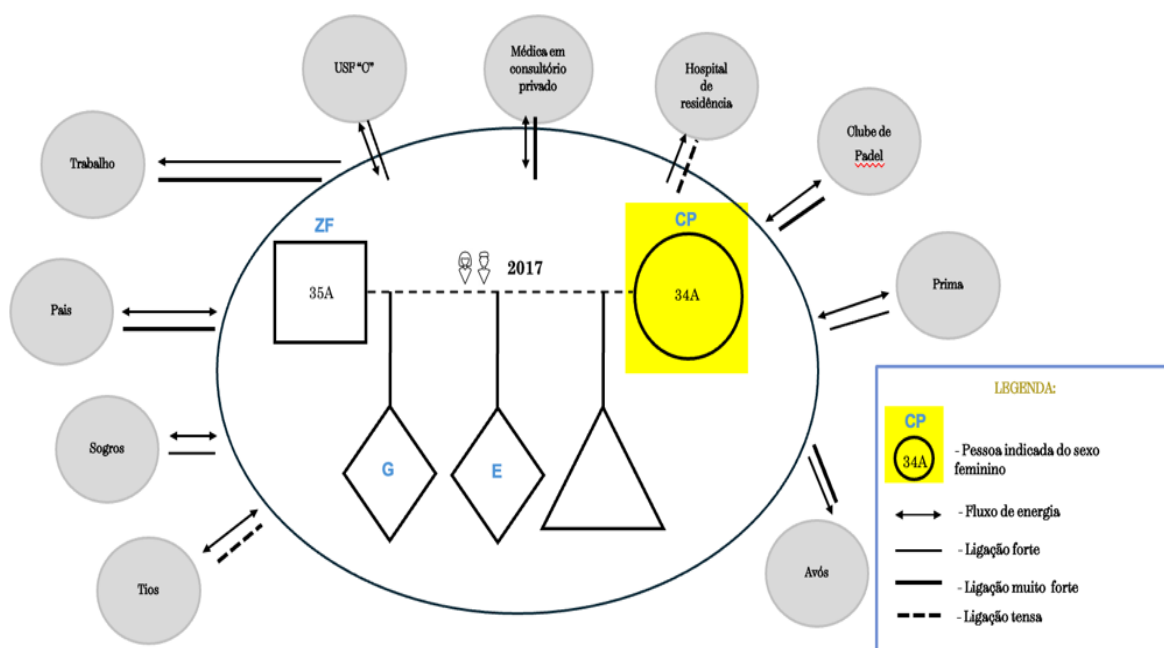
Ainda no âmbito dos **cuidados de saúde primários**, observa-se uma **relação forte com a Unidade de Saúde Familiar (USF “C”)**, entidade onde estão inscritos e onde decorre parte da vigilância da gravidez, o que reforça a rede de suporte institucional. Adicionalmente, é identificada uma ligação significativa à **prima de “CP”**, considerada um elemento de proximidade e apoio emocional.

Por outro lado, foram identificadas **relações frágeis ou tensas** com determinados sistemas externos:

- O **Hospital da área de residência**, cuja relação é percecionada como distante e marcada por tensão, o que pode refletir experiências negativas prévias ou perceção de insuficiência na resposta institucional.
- Os **tios maternos de “CP”**, com os quais não existe comunicação ativa, traduzindo-se numa relação conflituosa e interrompida.

No que se refere aos **pais de “ZF”**, a relação não é considerada tensa, mas sim **menos intensa**, em virtude da **distância geográfica**, fator que limita a frequência do contacto e a possibilidade de envolvimento direto na vida quotidiana da família. Assim, o Ecomapa da família “Paim” demonstra uma **rede de suporte diversificada e robusta**, embora coexistam áreas de fragilidade e tensão que podem influenciar a dinâmica familiar. Esta análise constitui um recurso fundamental para orientar a intervenção em enfermagem de saúde familiar, permitindo **valorizar os recursos já existentes e intervir nas áreas de vulnerabilidade identificadas**.

Figura 2 – Ecomapa da família



3. PLANO DE CUIDADOS

A partir do desenvolvimento deste estudo de caso, pretende-se assim, descrever a experiência da utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) na prestação de cuidados a uma família na transição da conjugalidade para a parentalidade.

Foram assim dinamizados seis contactos presenciais e um contacto não presencial através de consultas de enfermagem e de visitas domiciliárias, que possibilitaram a colheita de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, realização de intervenção e identificação dos ganhos em saúde para a família em estudo.

Os diagnósticos formulados de acordo com a interpretação dos dados e o contexto familiar, permitiram identificar as forças e as necessidades da família, como unidade, considerando as forças como os recursos internos do sistema familiar e cujo juízo/diagnóstico traduz empoderamento nessa área.

Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem que requerem intervenção: Adaptação à gravidez, não adequada; Satisfação conjugal, não mantida e Interação sexual, não adequada.

As intervenções estabelecidas, tiveram em consideração as necessidades em cuidados tendo por base as forças, recursos e competências da família.

Tabela 1 – Plano de cuidados da família Paim

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
INTERAÇÃO SEXUAL não adequada	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre sexualidade;- Orientar para terapia familiar
ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ não adequada	<ul style="list-style-type: none">- Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez;- Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade;- Ensinar o casal sobre etapas de adaptação à gravidez;- Ensinar o casal sobre nova etapa do ciclo vital;- Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez;- Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez;- Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal;- Facilitar o suporte familiar;

<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL não mantida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover a comunicação do casal; - Planejar rituais familiares; - Motivar para atividades em conjunto.
---	--

4. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção de enfermagem, em específico a do enfermeiro de família, assume especial importância, devido à sua proximidade, assim como a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital. Assim, estas intervenções de enfermagem supõe a utilização de modelos que possibilitem a conceção de cuidados orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções (Figueiredo e Martins, 2010) encarando as famílias como uma unidade, e conseqüentemente, focalizar-nos na interação entre seus membros e não os assistir individualmente, sendo necessário considerar cada membro da família como um subsistema de um sistema (Wright e Leahey, 2002). Estas intervenções, têm como finalidade impulsionar a autonomia do sistema familiar e enfatizar as interações entre os membros da família para que, conjuntamente, possam eleger decisões sobre os seus problemas de saúde e criar um juízo de família saudável (Figueiredo, Charepe, Melo & Silva, 2010). De acordo com, Oliveira, Figueiredo, Abreu e Leão (2013) os cuidados de enfermagem no contexto dos CSP centram se na família, porém, as práticas são dirigidas para ações na sua maioria centradas nos cuidados aos indivíduos permitindo a perspectiva do MDAIF ampliar o foco para a família, objetivando a reciprocidade da saúde familiar e individual como missão dos enfermeiros em enfermagem de saúde familiar. Conclui-se, deste modo, que o MDAIF concorreu para a implementação de práticas conducentes à obtenção de ganhos em saúde para as famílias e estudo desenvolvido por Ferreira (2017, p. 80), possibilitou verificar que a utilização do MDAIF em contexto prático, beneficia os cuidados às famílias, e por consequência, aos utentes dos CSP.

BIBLIOGRAFIA

Ferreira, L. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto].

Figueiredo, M. (2023). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Figueiredo, M., Silva, R., Andrade, C., Brás, M., & Oliveira, P. (2017). Impacte do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar nos ganhos em saúde para as famílias. In *NursID – Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem* (pp. 11–12). Porto.

Figueiredo, M. H., Charepe, Z. B., Melo, P. M., & Silva, S. C. (2010). Família e família: A avaliação integrativa do papel parental. In *I Seminário Internacional Contributos da Psicologia em Contextos Educativos* (pp. 902–915). Universidade do Minho.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciências Cuidados de Saúde*, 9(3), 552–559.

Ferreira, L. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

Martins, M. H., & Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Oliveira, P., Figueiredo, M., Abreu, F., & Leão, J. (2013). MDAIF: Fatores de mudança na aquisição de competências de avaliação e intervenção familiar pelos estudantes do CLE. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2013 – Livro de Resumos*.

Oliveira, P., Figueiredo, H., Leite, C., & Apóstolo, J. (2017). As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: Contributos do processo formativo sobre o MDAIF. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações* (pp. 50–54).

2. Empoderamento do Cuidador informal, na família com pessoa dependente

Ana Rita Pereira, Ana Teresa Apolinário & Lígia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família em estudo, designada como família “A”, é composta por três elementos. O elemento índice é a mãe, identificada como Sr.^a “B”, nascida em 1977, de nacionalidade portuguesa. A Sr.^a “B” apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade, ansiedade e hábitos tabágicos. Exerceu atividade profissional como operária fabril até 2022, encontrando-se desde então desempregada. O falecimento da sua mãe nesse ano constituiu um acontecimento de vida significativo, pois esta representava a principal rede de suporte no cuidado das filhas durante o horário laboral. A história conjugal da Sr.^a “B” inclui dois casamentos: **primeiro casamento (1996–2003), com o Sr. “Y”**: nasceram duas filhas, “C” e “D”, que residem a aproximadamente 60 km de distância. Apesar da distância geográfica, a Sr.^a “B” refere que estas constituem o seu principal suporte emocional, mantendo contacto frequente tanto presencial quanto telefónico. **segundo casamento (2007–2014), com o Sr. “W”**: nasceram duas filhas: “E”, nascida em 2007, sem antecedentes pessoais de saúde, com plano nacional de vacinação atualizado, atualmente a frequentar um curso profissional. “F”, nascida em 2013, com antecedentes de meningite aos nove meses de idade, resultando em alterações do desenvolvimento cognitivo e motor. Apresenta ainda diagnóstico de epilepsia. Frequenta o centro de reabilitação infantil (CRIA), embora a assiduidade esteja condicionada pela elevada frequência das crises epiléticas, face à ausência de recursos comunitários de apoio, a Sr.^a “B” exerce desde 2022 o papel de cuidadora informal da filha “F”. A relação da Sr.^a “B” com o sr. “W” é descrita como harmoniosa, contudo, a mesma manifesta necessidade de apoio semanal, sobretudo no acompanhamento da filha “F” às consultas médicas, de modo a poder retomar a atividade profissional. O Sr. “W” exerce atividade laboral por turnos, permanecendo com as filhas principalmente ao fim de semana, mantendo vínculo afetivo estável com ambas. A principal rede de suporte da Sr.^a “B” corresponde às filhas “C” e “D”, apesar da distância geográfica. Foi igualmente identificado défice de apoio comunitário formal, o que reforça a sobrecarga da função de cuidadora. Todos os elementos da família encontram-se inscritos na mesma unidade de saúde familiar (USF), partilhando médico e enfermeiro de família. Durante as entrevistas realizadas,

observaram-se manifestações de labilidade emocional, sensação de cansaço e níveis elevados de stress, frequentemente verbalizados pela Sr.^a “B”. Esta família é considerada uma família monoparental liderada pela mulher encontra-se no ciclo vital de Relvas (1996) família com filhos adultos.

2. APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

O modelo utilizado para a análise da família foi o MDAIF, o qual permite obter uma visão global da família, bem como organizar e estruturar as intervenções, promovendo ganhos em saúde

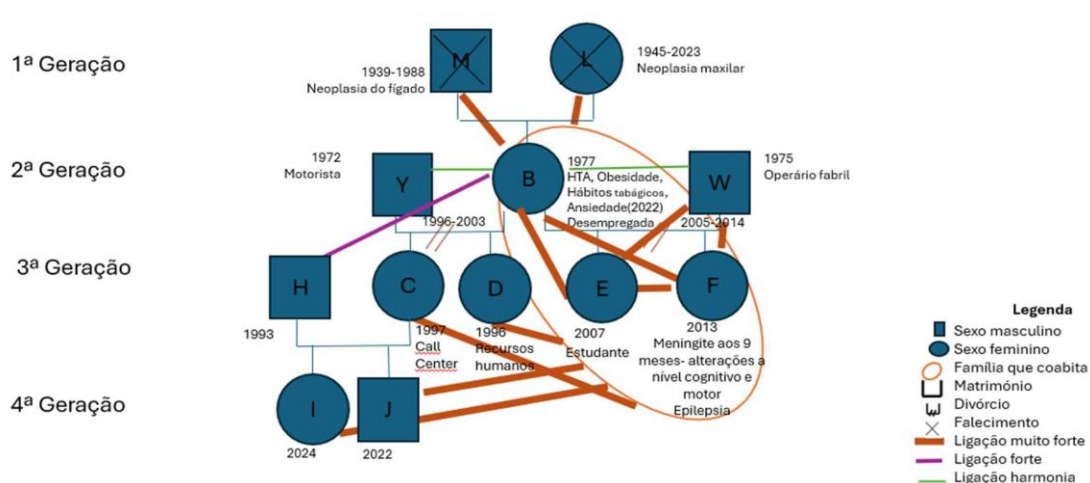
O modelo integra, assim, os conceitos, pressupostos e postulados que lhe dão identidade enquanto referencial teórico, nomeadamente, Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012). A avaliação das famílias recorrendo ao MDAIF é materializada através de três dimensões de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Estas dimensões funcionam como um guia para a prática dos enfermeiros de família, tendo em consideração a complexidade única de cada família. Este estudo tem como objetivo avaliar uma família segundo o MDAIF, identificar e conhecer estratégias dos enfermeiros de família na promoção da saúde mental positiva na família com pessoa dependente, empoderando a família, de forma a minimizar a sobrecarga do cuidador informal. Os cuidadores informais experimentam uma transição ao assumir o papel de cuidar de um membro da família, a transição refere-se a uma mudança, evento ou situação na vida de uma pessoa, relacionadas a eventos normais do ciclo de vida, como por exemplo o casamento, o nascimento de um filho, ou por outro lado a eventos como doença ou divórcio, entre outros. A atuação dos enfermeiros revela-se essencial no contexto de transições de cuidados, uma vez que estes desempenham um papel central na oferta de suporte terapêutico, educativo e emocional, contribuindo significativamente para a adaptação dos cuidadores informais às novas exigências do processo. O modelo organiza-se em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional — que, orientam a prática do enfermeiro especialista, promovendo intervenções estruturadas e ganhos efetivos em saúde familiar.

2.1. Dimensão estrutural

Para a avaliação das estruturas interna e externa da família foram construídos como instrumentos de avaliação familiar, como o genograma e o ecomapa. O tipo de família em estudo integra uma família monoparental liderada pela mulher. Elaborou-se o

genograma (Figura 1), dando ênfase à família nuclear da Sr.^a “B” uma vez que não existem relações próximas com outros elementos da família. Foram identificados os subsistemas individual (cada indivíduo), conjugal (marido e mulher), parental (pais e filhos) e fraternal (irmãos).

Figura 1- Genograma da família “A”



Quanto aos sistemas mais amplos, foi elaborado o ecomapa (Figura 2) que permite uma representação gráfica das ligações da família com o meio externo, estruturas e recursos sociais do meio em que habita.

Relativamente à explicação do ecomapa, a família A tem uma ligação muito forte com a “C” e a “D”, filhas da Sr.^a “B” e irmãs de “E” e “F”, elas visitam a família ao fim de semana e mantêm contacto por chamada telefónica durante a semana, como referido anteriormente a Sr.^a “B” refere que são as filhas mais velhas as que lhe dão maior apoio.

A Sr.^a “B” referiu que as idas ao Supermercado e à farmácia acabam por ser um momento de distração e refere que “o pouco tempo que saio de casa para estas tarefas sabe-me bem e por isso foi considerada uma ligação de harmonia bidirecional. Referiu ainda o Hospital da área de Lisboa, a USF R, ECCI como serviços que visita

regularmente dada a sua situação de saúde e a vigilância da mesma da filha que se encontra dependente de cuidados.

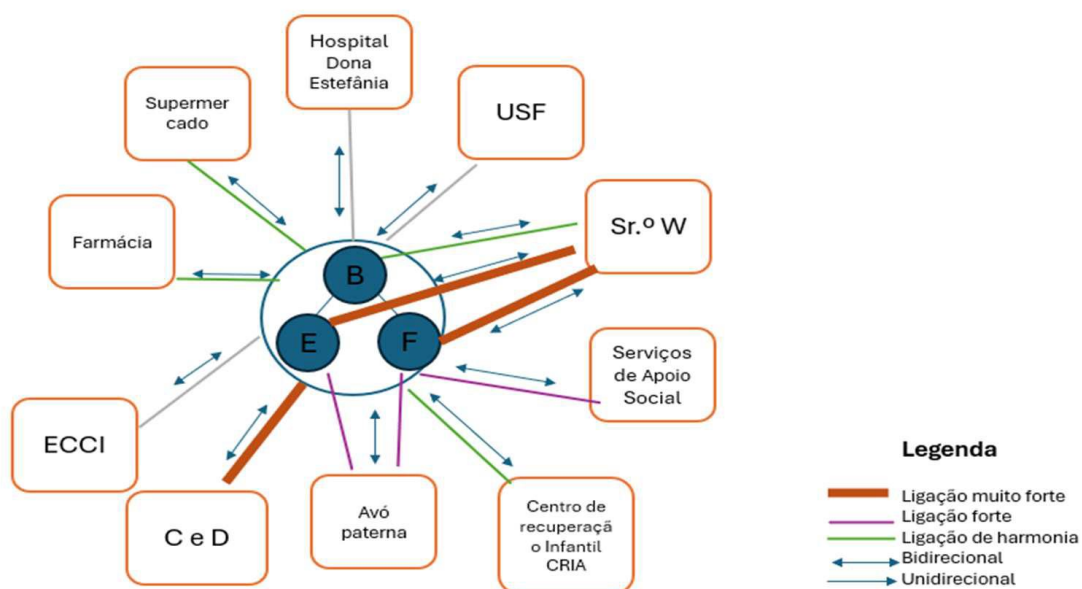
Referiu o Serviço de Apoio Social como um recurso da comunidade uma vez que se deslocou nos últimos anos para obter o estatuto de cuidadora informal, a mesma refere “fui sempre bem esclarecida dos meus direitos e foi uma grande ajuda a obtenção deste estatuto”.

Para além destes recursos a filha “F”, frequenta o CRIA diariamente e a Sr.ª “B” referiu ser um bom suporte embora note algum “preconceito” (SIC) com a filha uma vez que nem sempre permitem que a mesma vá pela epilepsia se manifestar com muita frequência.

O Sr. “W” e a sua mãe (avó paterna) têm uma ligação de afeto com “E” e “F”, considerada uma ligação muito forte bidirecional, a Sr.ª B referiu que as filhas gostam muito de estar com o pai e a avó ao fim de semana e mencionam que gostavam de estar também durante a semana.

A Sr.ª “B” refere não ter amigos (as) que considere com uma ligação próxima uma vez que se dedicou muito à filha desde que a mesma ficou doente e as pessoas conhecidas eram do trabalho e nunca foram além disso.

Figura 2 – Ecomapa da família “A”



Relativamente à classe social a Família A, situa-se socialmente na Classe Social V, obtendo um score de 20 pontos, que corresponde à Classe Baixa segundo a notação Social da Família, Escala de Graffar (Amaro, 2001) . Os rendimentos da família são cerca de 1000 euros obtidos através do apoio da segurança social (estatuto cuidador informal) e a pensão que o Sr. ° W paga mensalmente.

Quanto ao edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico, a Família A vive em casa própria constituída por três quartos, sala de estar, 2 casas de banho, instalações sanitárias indispensáveis, cozinha com eletrodomésticos básicos. A casa tem as condições de saneamento e de comodidade, água da rede pública, eletricidade e gás natural, no que diz respeito ao aquecimento a casa tem lareira e aquecedores elétricos. A família possui dois animais domésticos (cães), com vacinação e desparasitação atualizadas.

2.2. Dimensão de desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento familiar permite identificar a etapa do ciclo vital em que a família se encontra e assim compreender o contexto da mesma, conduzindo as intervenções com melhor especificidade.

A Família A, encontra-se na fase “família com filhos adultos” segundo as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (1996). Segundo Figueiredo (2023) nesta etapa, “a família vai ter de construir uma nova dinâmica relacional que contemple as necessidades das gerações em interação, tendo para isso de se confrontar com três tarefas de reconstrução: Facilitar a Saída dos Filhos de Casa, Renegociar a Relação do Casal e Aprender a Lidar com o Envelhecimento”.

Relativamente à Satisfação Conjugal a Sr.^a “B” neste momento não estabelece nenhuma relação de amor/ afetiva com outra pessoa. Quanto ao planeamento familiar não se aplica à etapa de ciclo vital.

No que concerne ao papel parental, a Sr.^a “B” revelou conhecimento sobre as consultas de vigilância de enfermagem e médicas, procura com frequência a USF, bem como o hospital de residência para situações agudas e também o Hospital da área de Lisboa para consultas de vigilância da filha F, na especialidade de Neurologia. No que diz aos autocuidados, alimentação, higiene pessoal, vestir-se, adesão à medicação, a mesma demonstrou ter os conhecimentos adequados.

2.3. Dimensão funcional

As dimensões operativas do processo familiar no MDAIF referem cinco sub-dimensões: a comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares.

Pela aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967) concluiu-se com base no score obtido > 300: existe 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

Entende-se doença psicossomática uma situação em que fatores emocionais ou psicológicos provocam sintomas físicos que afetam de forma negativa a performance diária da pessoa, a Sr.^a “B” referiu durante as entrevistas a ansiedade que sente, o cansaço físico e psicológico e a tristeza mantida há anos e que agravou com o luto pela morte da mãe.

Quanto à dimensão da comunicação familiar, a família em estudo mantém uma comunicação eficaz e saudável, estabelece-se de forma clara, a Sr.^a “B” refere que consegue verbalizar os seus sentimentos e as suas preocupações com as suas filhas. Foi notório durante a entrevista a oportunidade de todos os membros comunicarem e verbalizarem os seus sentimentos. A Sr.^a “B” é o elemento da família que define os problemas e que toma iniciativa para resolver os mesmos e que apesar das divergências nas opiniões transmitidas pelos elementos da família a decisão final é assumida por ela. Sendo esta uma família monoparental liderada pela Sr.^a “B”, é esta que tem o papel de todas as funções na estrutura da sua família, e é neste sentido que a mesma refere que “faço tudo sozinha, é muito desgastante, a presença do pai da “E” e da “F” era importante para poder sentir-me menos sobrecarregada”.

A escala da sobrecarga de Zarit na versão portuguesa da escala de sobrecarga do cuidador, validada por Sequeira (2010), é um instrumento que avalia a sobrecarga do cuidador, a sua aplicação proporciona uma avaliação robusta da sobrecarga percebida pelos cuidadores, contribuindo para a compreensão e intervenção eficaz nesta família. A aplicação desta escala identificou uma sobrecarga grave, com um total de 24 pontos.

Quanto à relação dinâmica, foram aplicadas as escalas FACES II (Relvas, 1996) e APGAR Familiar de Smilkstein (Agostinho & Rebelo, 1988) como instrumentos de avaliação que permitiram a compreensão fundamental do funcionamento da família em estudo. Através da escala APGAR Familiar de Smilkstein teve como resultado um total de 8 pontos- família altamente funcional.

3. PLANO DE CUIDADOS

A análise dos dados permitiu identificar, de forma sistemática, tanto os recursos como as necessidades da família enquanto unidade sistémica. As forças foram reconhecidas como elementos potenciadores da resiliência e como recursos intrínsecos ao sistema familiar, capazes de sustentar diagnósticos orientados para o empoderamento dos seus membros nas áreas específicas em que se manifestam. No caso em análise, evidenciaram-se como áreas prioritárias de intervenção: *i)* o papel de prestador de cuidados, que se revelou inadequado em virtude da sobrecarga associada à sua execução; *ii)* o processo familiar disfuncional, marcado por uma interação de papéis pouco eficaz; e *iii)* a presença de uma dinâmica relacional disfuncional. A elaboração do plano de cuidados baseou-se nas necessidades identificadas durante as entrevistas clínicas e na aplicação de instrumentos de avaliação familiar validados. A definição das prioridades de intervenção decorreu de um processo de negociação colaborativa com a família, assegurando a sua participação ativa na tomada de decisão e a adequação das estratégias propostas às suas especificidades contextuais.

Tabela 1. Plano de cuidados adaptado à família A

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão funcional</i>	
<p>Papel prestador de Cuidados Não adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Avaliar saturação do papel (aplicar escala de zarit) - Promover estratégias de coping para o papel; - Motivar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; - Requerer serviços de saúde (Psicologia); - Orientar para serviços sociais (Segurança social – descanso do Cuidador Informal); - Promover o envolvimento da família alargada
<p>Processo familiar disfuncional – Interação de papéis Não eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de stress); - Promover estratégias de coping para o papel; - Motivar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; - Promover o envolvimento da família alargada.

Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar padrão de ligação; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento da família; - Otimizar a comunicação na família.
--------------------------------------	--

4. GANHOS EM SAÚDE

A avaliação das intervenções em saúde, conforme preconizado por Tavares (1990), deve ser contínua e baseada em critérios objetivos, de modo a permitir a verificação do progresso alcançado e a adequação das estratégias implementadas. neste contexto, a análise das intervenções realizadas com a Sr.^a “B” e sua família evidenciou ganhos relevantes em saúde, tanto ao nível individual como familiar. As sessões de psicoterapia de enfermagem demonstraram impacto positivo imediato e sustentado. A Sr.^a “B” relatou sensação de calma e relaxamento após os encontros, além de ter continuado a prática das técnicas em ambiente domiciliar, o que contribuiu para uma melhor regulação emocional. este processo refletiu-se em maior capacidade de enfrentamento, com reações menos emotivas frente a situações de stress, configurando um ganho em saúde mental e bem-estar psicológico. Adicionalmente, o desenvolvimento de competências de autocuidado, alinhado com as recomendações de Castro et al. (2016), proporcionou à cuidadora maior consciência dos seus limites e da necessidade de preservar o equilíbrio físico e emocional, reforçando a importância da literacia em saúde. No âmbito da redefinição dos papéis familiares, a Sr.^a “B” conseguiu negociar com o Sr. “W” maior envolvimento no cuidado das filhas, especialmente no acompanhamento da filha dependente às consultas. a proximidade geográfica do Sr. “W” e sua presença mais frequente permitiram redistribuição das responsabilidades, favorecendo a diminuição da sobrecarga da cuidadora e promovendo maior coesão familiar. Este rearranjo possibilitou também a retoma da atividade profissional por parte da Sr.^a “B”, fator identificado pela própria como uma necessidade essencial para o seu bem-estar e realização pessoal. dessa forma, registaram-se ganhos não apenas na saúde ocupacional e social, mas também na percepção de apoio familiar. A capacitação da Sr.^a “B” como cuidadora informal contribuiu para o fortalecimento de competências na prestação de cuidados à filha dependente, garantindo maior segurança e confiança no desempenho do papel. essa evolução é consistente com o preconizado por Cruz et al. (2010), ao destacar que o enfermeiro deve promover a autonomia do cuidador, assegurando a permanência da pessoa dependente em contexto domiciliar com qualidade de vida. a intervenção especializada em enfermagem foi determinante para

os ganhos obtidos. o enfermeiro especialista, conforme definido no regulamento n.º 140/2019, reúne competências técnicas, científicas e humanas para a implementação de cuidados direcionados, neste caso, à capacitação do cuidador informal. a intervenção centrada na literacia em saúde, como salientam Espanha, Ávila e Mendes (2016), foi fundamental para melhorar a tomada de decisão em saúde e, consequentemente, a qualidade de vida tanto da cuidadora quanto da pessoa dependente. as intervenções desenvolvidas junto da família a traduziram-se em ganhos concretos em saúde: redução da sobrecarga da cuidadora, melhoria da gestão emocional, redistribuição das tarefas familiares, aumento da coesão familiar e promoção da autonomia da Sr.^a “B” para retomar a sua vida profissional. estes resultados evidenciam o impacto positivo da intervenção de enfermagem especializada, confirmando a pertinência de estratégias que integram o apoio ao cuidador informal como eixo central da promoção da saúde familiar.

BIBLIOGRAFIA

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). *Escala de APGAR Familiar: Adaptação para a população portuguesa*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Castro, L. S., Pereira, D. N., Santos, A., Lomeo, E., & Teixeira, R. (2016). Competências dos cuidadores informais familiares no autocuidado: Autoestima e suporte social. In *Atas do Congresso Internacional sobre a Qualidade na Educação e na Investigação (CIAIQ2016)*. Universidade de Aveiro. ria.ua.pt

Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, Série III(2)*, 127–136. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.

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).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde pública e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde familiar*. <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série, n.º 26*, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem* (1.ª ed. digital). Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-64-6. <https://ordemenfermeiros.pt>

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência, II(12)*, 9–16.

3. Intervenção à Família com um membro dependente

Cristiana Pereira, Cláudia Simão & Lígia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A unidade familiar em análise, identificada como “Família Gonçalves” é composta por dois elementos pertencentes ao grupo étnico caucasiano.

O indivíduo de referência, doravante designado como elemento índice (Manuel), nasceu no ano de 1942, possui nacionalidade portuguesa e é natural da região centro do país. Apresenta o 4.º ciclo de escolaridade como habilitação académica. Exerceu atividade profissional no setor comercial, como empresário em nome individual. Encontra-se atualmente na situação de aposentação, auferindo mensalmente o respetivo rendimento proveniente da pensão de velhice. Do ponto de vista clínico, o elemento índice possui antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistémica, bloqueio auriculoventricular de primeiro grau e acidente vascular cerebral (AVC) de natureza isquémica. O seu esquema vacinal encontra-se atualizado, em conformidade com o Plano Nacional de Vacinação (PNV). Atualmente, evidencia alterações ao nível das funções cognitivas e manifesta um grau de dependência ligeira na realização dos autocuidados, condição atribuída às sequelas neurológicas subsequentes ao episódio de AVC sofrido no ano de 2024.

O regime terapêutico que segue contempla a administração diária de: Bisoprolol 5 mg (oral), Amlodipina 10 mg (oral), Atorvastatina 80 mg (oral), Ácido Acetilsalicílico 100 mg (oral), Clopidogrel 75 mg (oral), Pantoprazol 20 mg (oral), Tansulosina 0,4 mg (oral) e Olanzapina 10 mg (oral).

Nega alergias a alimentos, no entanto, refere história clínica de alergia medicamentosa à Penicilina.

Em abril do ano de 2025 recorreu ao serviço de urgência da respetiva ULS, na sequência de um episódio de desorientação e agravamento do estado consciência, culminando numa queda em ambiente domiciliário, da qual não resultaram sequelas aparentes. Foi aplicada a Escala de Morse (Barbosa; Carvalho & Cruz, 2015) como instrumento de avaliação do risco de queda, obtendo-se um resultado de 105 pontos, o que traduz um risco elevado de queda, de acordo com os critérios definidos. O indivíduo índice contraiu matrimónio em 1970 com a Senhora (Sra.) Maria, nascida em 1947, de nacionalidade portuguesa e natural da região centro do país. Possui como habilitação académica o 4.º ciclo de escolaridade. Atualmente está reformada, tendo exercido atividade profissional como secretária no setor industrial.

No que respeita ao historial clínico, apresenta antecedentes de depressão major, hipertensão arterial e síndrome vertiginosa. No momento, encontra-se em acompanhamento clínico por quadro de depressão, e assume cumulativamente o papel de cuidadora informal do cônjuge.

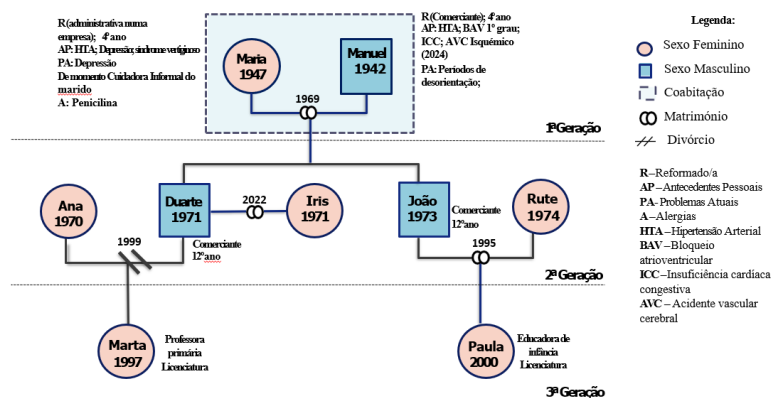
Desta união resultaram dois descendentes: o primogénito, Duarte, nascido em 1971, e João, nascido em 1973. Ambos sem antecedentes patológicos relevantes, nem com necessidade de terapêutica farmacológica crónica.

1.1. Dimensão estrutural

A dimensão estrutural permite identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros, e com os outros subsistemas nomeadamente a família extensa e os sistemas mais amplos. Contempla ainda aspetos do contexto ambiental indicadores de riscos de saúde (Figueiredo 2012; 2023). A sua avaliação pode ser realizada por meio de instrumentos específicos, como o Genograma, o Ecomapa Familiar e a Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001). É uma família do tipo Casal "... *homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não ser legalmente casados...*" (Figueiredo 2023, p.102). Para aprofundar a compreensão da dinâmica da Família "Gonçalves", foi elaborado um genograma, ferramenta gráfica que permite a análise da estrutura interna ao longo de várias gerações (Wright & Leahey, 2002). Através do ecomapa, foi possível identificar o relacionamento significativo com membros da família alargada e algumas entidades sociais, traduzindo-se numa rede de apoio informal consolidada. Tal afastamento é atribuído, em parte, ao envelhecimento natural da rede social primária, com referência a perdas por falecimento ou institucionalização em estruturas residenciais.

No que respeita à relação com a USF de referência, o casal expressa um elevado grau de satisfação relativamente aos cuidados prestados. Refere manter uma relação de empatia, proximidade e confiança com o enfermeiro e médico de família, reconhecendo na equipa de saúde um recurso fundamental no acompanhamento e gestão da condição clínica do elemento índice.

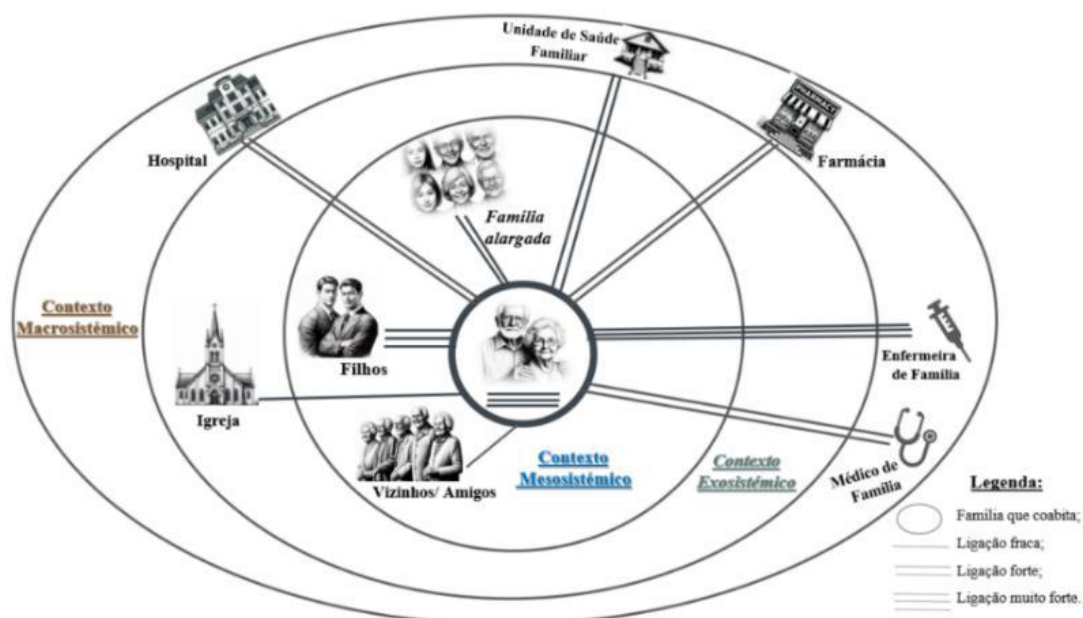
Figura 1 – Genograma da família Gonçalves



Para analisar as interações da família "Gonçalves" com o ambiente externo e os sistemas mais abrangentes, foi construído um ecomapa. Este recurso gráfico possibilitou a visualização estruturada dos vínculos estabelecidos pela família com indivíduos, instituições e recursos comunitários, evidenciando a configuração da sua rede de apoio formal e informal no contexto sociocultural em que está inserida (Figueiredo, 2012). O casal evidencia uma relação afetiva sólida e coesa, caracterizada por um forte vínculo emocional e suporte mútuo. A ligação parental também se revela estreita e funcional, demonstrando uma relação positiva e próxima com os filhos. Verifica-se ainda um relacionamento significativo com membros da família alargada e algumas entidades sociais, traduzindo-se numa rede de apoio informal consolidada. Tal afastamento é atribuído, em parte, ao envelhecimento natural da rede social primária, com referência a perdas por falecimento ou institucionalização em estruturas residenciais.

No que respeita à relação com a USF de referência, o casal expressa um elevado grau de satisfação relativamente aos cuidados prestados. Refere manter uma relação de empatia, proximidade e confiança com o enfermeiro e médico de família, reconhecendo na equipa de saúde um recurso fundamental no acompanhamento e gestão da condição clínica do elemento ídex.

Figura 2 – Ecomapa da família Gonçalves



1.2. Dimensão de desenvolvimento

O desenvolvimento familiar é um processo dinâmico e contextual, caracterizado por transformações sistêmicas que refletem o crescimento e a evolução dos seus membros ao longo do tempo. O ciclo vital da família, embora apresente uma estrutura previsível, adapta-se de forma singular às experiências, desafios e trajetórias individuais de cada elemento, consolidando-se como um percurso dinâmico e interdependente dentro do sistema familiar (Figueiredo, 2012; 2023).

A avaliação da etapa do ciclo vital da família “Gonçalves” foi realizada com base no modelo teórico de Relvas (2004), identificando-se a última fase – Família com Filhos Adultos (família idosa/ casal já reformado/ que vive só). Esta etapa é caracterizada pela adaptação às transformações inerentes ao avanço da idade, implica uma reorganização das dinâmicas e funções familiares, com redefinição de papéis e reforço das necessidades de suporte afetivo, emocional e social dos membros idosos (Relvas, 2004). Assim, no âmbito da dimensão de desenvolvimento, são analisadas áreas basilares que contribuem para o equilíbrio e funcionalidade do sistema familiar, nomeadamente: Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez e Papel Parental.

1.3. Dimensão funcional

A avaliação funcional incide, essencialmente, sobre os padrões de interação estabelecidos no seio da unidade familiar, os quais sustentam o desempenho das suas funções e tarefas quotidianas. Esta dimensão permite compreender a dinâmica relacional e a capacidade adaptativa da família face a eventos de vida significativos (Figueiredo, 2012; 2023).

Esta dimensão contempla, de forma integrada, o processo familiar - entendido como os padrões de interação que sustentam a coesão e adaptabilidade do sistema - e o papel do prestador de cuidados, que assume particular relevância no contexto de envelhecimento e dependência funcional.

Para a avaliação da dimensão funcional da família “Gonçalves” serão utilizados os instrumentos de avaliação familiar: APGAR Familiar de Smilkstein (Agostinho & Rebelo, 1988) e a Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe (Caeiro, 1991:37-38).

2. PLANO DE CUIDADOS

Após a análise sistemática das diferentes categorias que compõem as dimensões do MDAIF foi possível identificar um conjunto de diagnósticos de enfermagem que refletem as necessidades específicas da família “Gonçalves”.

Com base nestes diagnósticos, procedeu-se à planificação de intervenções de enfermagem, alinhadas com os princípios da prática centrada na família, com vista à promoção da funcionalidade familiar, alívio da sobrecarga da cuidadora (utilização da escala de Zarit, validada para a população Portuguesa por Sequeira, 2010) e reforço das redes de suporte formal e informal.

Seguidamente, apresenta-se uma tabela com o plano de cuidados proposto para a família “Gonçalves”.

Tabela 1 - Plano de Cuidados família Gonçalves

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão funcional</i>	
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre a prevenção de quedas não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre sinais de alerta para risco iminente de queda; - Reforçar a importância da vigilância ativa com o membro dependente. - Realizar sessão de Psicoeducação em família; - Instruir sobre a prevenção de quedas no domicílio (criação de material didático adaptado à família)
<p>Saturação do Papel do prestador de cuidados Presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a saturação do papel; - Explicar/ promover o requerimento do estatuto de cuidador informal; - Solicitar o envolvimento da família alargada; - Requerer serviço de saúde (apoio da equipa de cuidados continuados e integrados - ECCI).
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre o autocuidado comportamento sono-reposo não demonstrado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a importância de um sono reparador; - Instruir sobre a organização de horas de sono e repouso. - Dinamizar sessão de Psicoeducação para a família; - Instruir sobre “Higiene do sono” através da criação de um folheto.
<p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre o autocuidado Atividade recreativa não demonstrado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a importância de manter atividades de lazer; - Estabelecer de um plano de atividades: “Agenda a dois” para a díade conjugal. - Motivar para a promoção de atividades de lazer.

<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
Comunicação familiar não eficaz;	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Otimizar a comunicação e o padrão de assertividade na família; - Incentivar o envolvimento de toda a família. - Realização de uma Conferência Familiar; - Aplicar a Técnica da linha do tempo (Goldberg & Bezerra, 2012) – através da visualização de álbuns de fotografias.

3. GANHOS EM SAÚDE

Ao longo do processo de acompanhamento, os ganhos em saúde tornaram-se visíveis tanto para o casal quanto para toda a dinâmica familiar. A melhoria na comunicação entre os dois possibilitou uma expressão mais clara de sentimentos e necessidades, o que reduziu significativamente os conflitos e fortaleceu o vínculo emocional e afetivo, refletindo em maior satisfação conjugal. Paralelamente, o membro dependente conquistou maior autonomia, o que não apenas promoveu sua autoestima e funcionalidade, mas também trouxe à cuidadora um papel de facilitadora do cuidado, ampliando sua literacia em saúde e favorecendo melhores comportamentos de sono e repouso. Essas mudanças repercutiram em um ambiente mais harmonioso, no qual o fortalecimento dos vínculos familiares contribuiu diretamente para o bem-estar emocional coletivo e para a diminuição da sobrecarga da cuidadora. Outro ponto de destaque foi a mitigação dos fatores de risco associados às quedas, que, associada ao aumento do conhecimento da cuidadora, resultou em mais segurança e promoção do bem-estar físico e funcional do membro dependente. Essa evolução foi acompanhada pela redução da sobrecarga emocional e física da cuidadora, que passou a dispor de mais momentos de descanso e autocuidado. Consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados foi aprimorada, refletindo em maior bem-estar físico e psicológico para ambos. Por fim, o fortalecimento do suporte social oferecido pela Unidade de Saúde Familiar (USF) e pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consolidou uma rede de apoio essencial, garantindo maior segurança, acompanhamento contínuo e partilha de responsabilidades, o que reforçou a confiança e a tranquilidade da família no processo de cuidar.

BIBLIOGRAFIA

Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). *Família: do conceito aos meios de comunicação*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5(32), 18-21.

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Caeiro, R.(1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul – Ministério da Saúde. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/regclinMGF-1.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Sabooks Editora.

Goldberg, L. G., & Bezerra, L. R. (2012). *Linha do tempo: Narrativas de vida e experiências formativas em arte*. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/47020>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República: II Série*, 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9–16.

4. Família de pessoa idosa dependente

Dora Perdigão, Catarina Pratas & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família Costa é composta por um casal idoso, o Senhor Manuel, de 74 anos, e a Senhora Manuela, de 73 anos, casados há 56 anos. Ambos são filhos únicos, com o 4.º ano de escolaridade, e desempenharam atividades profissionais no setor agrícola ao longo da vida, sendo que a Senhora Manuela também exerceu funções na área das limpezas. Atualmente, encontram-se aposentados, beneficiando de pensões sociais e de velhice. A Senhora Manuela auferiu uma pensão social por velhice, em virtude de um histórico contributivo insuficiente, e o Senhor Manuel recebe uma pensão de velhice.

O casal reside numa habitação térrea, herdada dos pais do Senhor Manuel, composta por três quartos, duas cozinhas e uma instalação sanitária completa. A casa apresenta boas condições estruturais e de habitabilidade, com adequada higiene, ventilação, iluminação natural, e acesso a eletricidade, água da rede pública e saneamento.

Têm três filhos – dois homens e uma mulher – todos casados e com descendência, maioritariamente já adulta. Os filhos residem em proximidade, em terrenos oferecidos pelo casal, o que permite uma convivência intergeracional frequente e uma rede de apoio familiar próxima. O filho mais velho, André, tem um histórico de violência doméstica, tendo cumprido pena de prisão por esse motivo. Atualmente reside numa moradia adquirida pelos pais, após o divórcio e a perda da habitação anterior para a ex-esposa. Apesar do passado conflituoso com a ex-companheira, a Senhora Manuela refere que o filho “nunca foi violento connosco”, atribuindo os comportamentos agressivos a uma postura possessiva e ciumenta em relação à ex-mulher.

A dinâmica familiar foi significativamente alterada com a integração da Senhora Ana, mãe da Senhora Manuela, de 93 anos, no domicílio. Esta mudança decorreu na sequência de um agravamento do seu estado de saúde, marcado por um acidente isquémico transitório ocorrido em novembro de 2024. A Senhora Ana apresenta múltiplas comorbilidades – hipertensão arterial, fibrilação auricular e doença vascular – e encontra-se medicada com anticoagulantes. A sua dependência é classificada como grave, requerendo apoio em diversas atividades de vida diária. A prestação de cuidados é assegurada principalmente pela filha, que assume este papel com

dedicação, embora por vezes a substitua integralmente, nomeadamente nas tarefas de alimentação.

No quotidiano, o casal mantém rotinas definidas. O Senhor Manuel dedica-se à horta e convive frequentemente no café local, enquanto a Senhora Manuela assume as responsabilidades domésticas e os cuidados à mãe. Paralelamente, mantém uma relação ativa com a vizinhança, prestando também apoio informal a uma vizinha idosa, reforçando o papel da rede comunitária de suporte informal.

Apesar da ausência de vida sexual ativa, o casal manifesta satisfação com a relação conjugal, considerando esta uma adaptação natural ao envelhecimento. A comunicação entre ambos é funcional, embora com menor necessidade de expressão emocional. A gestão financeira é liderada pela Senhora Manuela, que se considera mais contida nos gastos do que o esposo.

A família possui ainda dois felinos que vivem num anexo exterior, não vacinados nem desparasitados, contrariando a legislação nacional relativa à proteção animal. A Senhora Manuela demonstra forte vínculo afetivo com os animais, justificando a ausência de cuidados veterinários com limitações económicas e pela idade avançada dos mesmos.

A estrutura familiar evidencia, assim, uma forte coesão intergeracional, uma sólida rede de apoio comunitária e um sentido de responsabilidade ética e afetiva no cuidado a familiares e vizinhos. A transição para o envelhecimento e o exercício de cuidados prolongados à progenitora revelam-se desafios centrais na atual fase do ciclo de vida familiar, sendo essenciais intervenções profissionais que apoiem a continuidade do cuidado, a preservação da autonomia e o bem-estar dos cuidadores formais e informais.

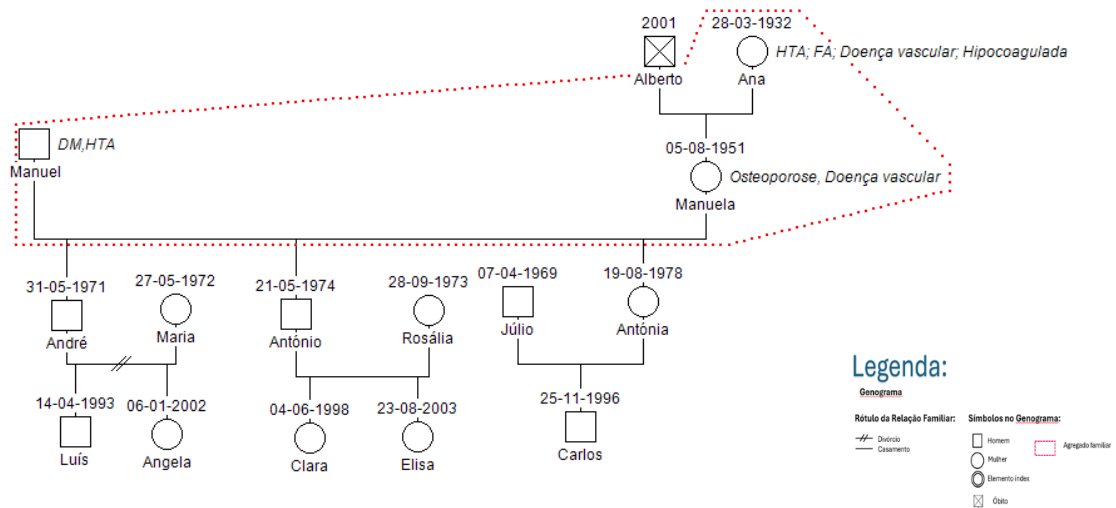
2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

A avaliação familiar foi realizada de acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012, 2023). Esta análise permitiu observar a família enquanto unidade de cuidados e identificar os seus padrões de funcionamento nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional.

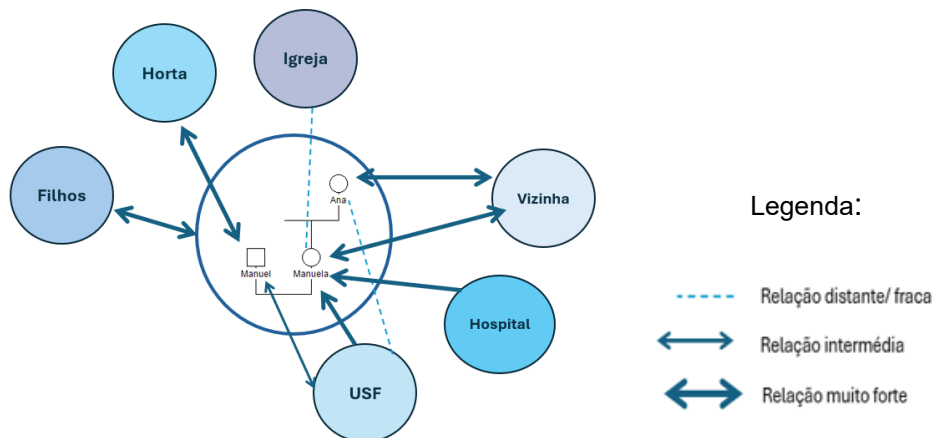
Da análise do processo clínico e através das entrevistas foi possível conhecer a composição desta família que se integra no seguinte genograma (Figura 1).

Figura 1 – Genograma da família



O ecomapa, através da relação entre os membros da família e os sistemas mais amplos, evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2023b) (Figura 2).

Figura 2 – Ecomapa da família



A família em estudo configura-se do tipo alargada, situada na fase do ciclo de vida familiar correspondente à família idosa, de acordo com a tipologia de Duval e Miller (1985). A avaliação da sua posição socioeconómica, com base na escala de Graffar adaptada, revelou uma pontuação total de 20 pontos, situando o agregado na classe média baixa.

No que se refere às condições habitacionais, a família habita uma residência classificada como grau 3, correspondendo a um edifício que dispõe de casa de banho, cozinha, sala e quartos, apresentando-se bem conservado. A habitação está equipada com os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) e possui acesso a água da rede pública, saneamento básico e eletricidade. Apresenta ainda adequada ventilação e iluminação natural. Relativamente à presença de animais de companhia, a família possui dois gatos, que se encontram sem vacinação, desparasitação e identificação eletrónica (microchip), contrariando a legislação nacional em vigor sobre bem-estar animal.

De acordo com os critérios do MDAIF, considera-se que o rendimento familiar é insuficiente, dado que a Origem do Rendimento Familiar (ORF) se encontra no grau 4, sendo constituído exclusivamente por pensões de velhice. Ainda que os membros demonstrem conhecimento e competência na gestão das despesas, a natureza do rendimento coloca a família em situação de vulnerabilidade financeira.

A habitação não é considerada insegura, uma vez que o Tipo de Habitação está classificado como grau 3 e a avaliação das condições estruturais e de higiene revela um espaço bem conservado e higienizado. Assim, conclui-se que o edifício residencial é seguro e não negligenciado.

No entanto, a precaução de segurança não se encontra demonstrada. A habitação apresenta barreiras arquitetónicas, nomeadamente degraus no interior e uma banheira na casa de banho, sem adaptações que permitam prevenir acidentes ou quedas. Além disso, os residentes não demonstram conhecimento sobre estratégias de mitigação desses riscos, o que reforça a necessidade de intervenção neste domínio.

Relativamente ao abastecimento de água, considera-se adequado, uma vez que é proveniente da rede pública e está sujeito ao controlo de qualidade legalmente exigido, não se verificando utilização de fontes alternativas ou desconhecimento dos mecanismos de segurança sanitária da água para consumo humano.

Quanto à presença de animais de companhia, a família possui dois gatos que permanecem no exterior da habitação, mas mantêm contacto regular com os residentes. Estes animais encontram-se sem vacinação, desparasitação ou identificação eletrónica (microchip), em incumprimento com a legislação nacional

vigente sobre bem-estar e saúde animal. Acresce que os membros da família não demonstram conhecimento claro sobre a importância da vacinação e dos serviços disponíveis na comunidade para apoio veterinário, o que permite inferir a existência de um diagnóstico de animal doméstico negligenciado.

2.2. Dimensão de desenvolvimento

De acordo com (Duval & Miller, 1985) a família idosa começa com a reforma de um dos cônjuges e termina com a morte do primeiro. Nesta fase, o casal funciona como “família” para filhos, netos e bisnetos, enfrentando juntos as tarefas desenvolvimentais desta etapa. O grande desafio perante a senescência é o envelhecer de forma ativa e um “afastamento” confortável relativamente a tarefas anteriores (como por exemplo, a profissão).

Nesta etapa de vida, muitas vezes o casal já tem filhos adultos, que podem estar presentes na vida deles e com preocupações relativas ao seu bem-estar, podendo estes ter planos para o futuro dos membros do casal (Duval & Miller, 1985). O casal pode escolher onde viver, desde que mantenham a sua independência; devem ajustar os gastos ao valor que auferem de reforma, ajustam-se ainda em casos de transições saúde-doença e também à forma como ocupam os seus tempos livres.

No contexto da avaliação da satisfação conjugal, com base nos critérios do MDAIF, considera-se que não está assegurada uma satisfação conjugal mantida. Apesar de manterem uma relação próxima, os cônjuges não mantêm uma vida sexual ativa, o que é atribuído pela senhora Manuela à idade avançada, sendo por si percebido como uma adaptação natural. Quando questionada sobre a comunicação afetiva, refere que nesta fase da vida já não sente necessidade de expressar sentimentos verbalmente. A literatura evidencia que a sexualidade pode manter-se satisfatória até fases tardias da vida, sendo influenciada por múltiplos fatores, incluindo o estado de saúde, crenças socioculturais, dinâmicas relacionais e expectativas individuais (Bermejo et al., 2017; Duval & Miller, 1985; Lobaina et al., 2017).

Neste contexto, considera-se que existe uma possível relação dinâmica pouco explorada e uma comunicação afetiva limitada, o que sustenta a inferência diagnóstica de satisfação conjugal não mantida. Seria relevante, em futuras intervenções, aprofundar a perspetiva do senhor Manuel sobre os aspetos da conjugalidade, de forma a compreender integralmente a dinâmica relacional do casal nesta etapa do ciclo vital.

2.3. Dimensão funcional

A dimensão funcional da família em análise reflete os padrões de interação entre os seus membros, responsáveis pela execução das funções e tarefas no seio do sistema

familiar. Para uma compreensão aprofundada deste domínio, foram utilizados instrumentos validados, nomeadamente a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, aplicada à unidade familiar, que resultou num score de 40 — indicador de uma baixa probabilidade de incidência de doença relacionada com stresse. Numa fase inicial, foi ainda aplicada à senhora Manuela a Escala FACES II (versão portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes, 1995), com pontuações de 68 na dimensão de coesão e 64 na adaptabilidade, revelando uma família ligada, muito flexível e moderadamente equilibrada.

No que respeita ao papel de prestação de cuidados, identificou-se o diagnóstico de “Papel Prestador de Cuidados Não Adequado”, segundo os critérios do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). A senhora Ana, com 93 anos, apresenta um grau de dependência grave (Índice de Barthel: 45), alto risco de queda (Escala de Morse: 90) e elevado risco de úlceras por pressão (Escala de Braden: 16). Apesar destes riscos, não se registam eventos adversos (como quedas ou lesões cutâneas), refletindo a eficácia dos cuidados prestados. A senhora Manuela, filha única, assume este papel com dedicação e experiência, embora refira receio de, no futuro, não conseguir continuar a prestar cuidados, motivo pelo qual já procedeu à inscrição da mãe em listas de espera para duas estruturas residenciais.

A aplicação da Escala de Zarit revelou ausência de stresse do cuidador. No entanto, observou-se que, por zelo, a cuidadora substitui a mãe em tarefas em que esta poderia manter alguma autonomia, nomeadamente na alimentação. Esta prática justifica o diagnóstico supramencionado, dado que, apesar do envolvimento e dos conhecimentos demonstrados, não promove plenamente o autocuidado da pessoa cuidada.

No que diz respeito ao funcionamento geral da família, não se verificaram sinais de disfunção. A comunicação é eficaz, a dinâmica relacional funcional e o *coping* familiar adequado, pelo que se exclui o diagnóstico de “Processo Familiar Disfuncional”. Esta conclusão foi reforçada pelas entrevistas realizadas, nas quais a senhora Manuela expressou satisfação relativamente a todos os aspetos da convivência familiar, reforçando a perceção de um processo familiar funcional e equilibrado.

Para uma validação mais robusta dos diagnósticos prioritários e compreensão da perceção de ambos os elementos do casal sobre a funcionalidade familiar, procedeu-se à aplicação da Escala FACES II e do Apgar Familiar de Smilkstein também ao senhor Manuel. Os resultados revelaram, na perspetiva do senhor Manuel, uma família muito ligada, muito flexível e equilibrada, enquanto o Apgar Familiar indicou uma perceção de elevada funcionalidade familiar por ambos os cônjuges.

No sentido de envolver ativamente a família no processo de intervenção, foi realizada uma entrevista conjunta com o casal, com o objetivo de discutir e validar os

diagnósticos identificados e, de forma colaborativa, refletir sobre estratégias para abordar os aspetos menos favoráveis identificados ao longo da avaliação. Esta abordagem visou a construção de uma parceria efetiva com a família, mobilizando os seus recursos e capacidades, promovendo a autonomia e valorizando a continuidade dos cuidados após a intervenção de enfermagem. Tal alinhamento com a evidência é essencial, uma vez que, conforme defendem Hohashi e Kijima (2025), o envolvimento familiar é determinante para o sucesso das estratégias de autocuidado e para a manutenção das melhorias alcançadas ao longo do processo de acompanhamento profissional.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma (Tabela 1).

Tabela 1 – Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
PRECAUÇÃO DE SEGURANÇA NÃO DEMONSTRADA	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os riscos ambientais na habitação; - Sugerir à família adaptações físicas: substituição da banheira por base de duche, instalação de barras de apoio, e colocação de rampa na entrada; - Sensibilizar para a importância da prevenção de quedas na terceira idade.
ANIMAL DOMÉSTICO NEGLIGENCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Educar sobre a legislação em vigor relativamente à vacinação, desparasitação e identificação animal (Decreto-Lei n.º 82/2019). - Sensibilizar para o risco de zoonoses e a importância de cuidados básicos aos animais de companhia. - Estimular o envolvimento de serviços municipais ou veterinários sociais sempre que disponível.
<i>Dimensão funcional</i>	
PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO ADEQUADO -	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e reforçar as áreas em que a cuidadora pode favorecer a autonomia da D. Ana.

<p>Conhecimento do papel/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado e Comportamentos de adesão Não demonstrado sobre Autocuidado Gestão do Regime terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partilhar estratégias práticas que evitem a substituição desnecessária da pessoa cuidada (ex.: fracionar refeições para evitar arrefecimento, adaptar utensílios). - Incentivar a participação em grupos de apoio ou formações para cuidadores informais.
---	--

4. GANHOS EM SAÚDE

A implementação do plano de cuidados desenvolvido junto da família permitiu alcançar diversos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar, refletindo melhorias significativas nas práticas quotidianas, na organização do ambiente familiar e na capacitação dos seus membros. Estes ganhos, observáveis e mensuráveis, evidenciam o impacto positivo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), centrada na prevenção, adaptação e promoção do autocuidado no seio de uma família envelhecida.

A avaliação integral da família permitiu identificar áreas de vulnerabilidade que requerem intervenção especializada, destacando-se, entre elas, a prestação prolongada de cuidados a um membro dependente. Os diagnósticos formulados refletem necessidades emergentes, próprias do ciclo vital da família idosa, e revelam a importância da capacitação contínua do prestador de cuidados informal. Neste sentido, o EEESF assume um papel determinante ao promover a aquisição de conhecimentos e competências que permitam ao cuidador identificar e respeitar os limites funcionais da pessoa cuidada, incentivando, simultaneamente, práticas de autocuidado seguras e progressivas. A ausência dessa capacitação pode resultar tanto em excesso de proteção como em negligência funcional, situações que comprometem a preservação da autonomia residual da pessoa dependente (Valencia et al., 2019). Esta premissa é reforçada por Tomé (2023), que sublinha que o envolvimento do idoso nas atividades do quotidiano, ainda que parcialmente assistido, constitui uma dimensão essencial do cuidar, fundamentada na filosofia da promoção do autocuidado.

No que se refere especificamente ao papel de prestador de cuidados, destaca-se como ganho relevante a alteração de comportamentos por parte da cuidadora

principal, nomeadamente no reconhecimento da importância da promoção da autonomia da senhora Ana. A adoção de estratégias facilitadoras, como o fracionamento das refeições, demonstra um avanço no sentido de manter as capacidades funcionais da pessoa dependente, respeitando a sua dignidade e promovendo a sua participação ativa no autocuidado. Tal evolução corrobora os achados de Dixe et al. (2020), que afirmam que a capacitação do cuidador informal promove não apenas a adequação do desempenho funcional, mas também o reforço da autoestima e da percepção de autoeficácia.

No domínio da precaução de segurança, registou-se igualmente um ganho expressivo. O casal reconheceu os riscos associados à presença de barreiras arquitetónicas na habitação e demonstrou intenção concreta de proceder à substituição da banheira por uma base de duche, bem como à instalação de uma rampa de acesso na entrada. Estas decisões configuram-se como medidas preventivas fundamentais para a segurança da pessoa dependente, reduzindo o risco de quedas e promovendo a mobilidade em contexto domiciliário.

Relativamente ao animal doméstico, observou-se um aumento da literacia em saúde e responsabilidade no cuidado animal. Após intervenção educativa, os dois gatos foram desparasitados, tendo sido adiado, por motivos económicos, o cumprimento integral da legislação relativa à vacinação e identificação eletrónica. Ainda assim, a família demonstrou entendimento quanto à importância dessas medidas para o bem-estar animal e humano.

Em suma, os ganhos em saúde decorrentes da intervenção incluem: maior consciência dos fatores de risco ambientais, melhoria das práticas de cuidado com impacto na funcionalidade da pessoa dependente, e fortalecimento da literacia em saúde dos cuidadores. Estes resultados reforçam o papel fundamental do EEESF na dinamização de intervenções personalizadas, que respeitam as necessidades, recursos e valores da família, e promovem a sua autonomia progressiva. A atuação em parceria com a família permite não apenas responder às necessidades imediatas, mas também criar bases sólidas para a sustentabilidade dos cuidados no médio e longo prazo, contribuindo para o bem-estar familiar e a manutenção da qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

Bermejo, A. M., Bueno, L. B. R., Vallejo, L. E. M., Torres, L. E. E., Ortiz, R., Pillco, V. F. N., Ochoa, F. L. C., Palacios, N., Rivera, A. C., Ordoñez, M. G., Torres, M., Vásquez, M. A., León, S. Á., & Romero, I. F. L. (2017). Diferencias en las percepciones

sobre la sexualidad en adultos mayores. Cuenca-Ecuador Resumen. In M. Velasco (Ed.), Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica (4th ed., Vol. 36, pp. 116–122). Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción.

DGS. (2025, April 12). BI-CSP. Distribuição Das Inscrições Nos Cuidados de Saúde Primários.

Dixe, M. A. C. R., Soares, E. M., Martinho, R. F. G., Rijo, R. P. C. L., Caroço, J. E. F., Gomes, N. M. M., & Querido, A. I. F. (2020). Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência [E-book]. Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4657>

Duval, E. M., & Miller, B. C. (1985). Marriage and Family Development (6a). Harper & Row.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. Revista de Investigação & Inovação Em Saúde, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda.

Figueiredo, M. H. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lidel, Edições Técnicas Lda.

Figueiredo, M. H. de J. S., Madeira, A. C. de S. C. M., Reis, A. M. S. D. S. C. dos, Santos, M. I. M. P., Santiago, M. da C., Ferreira, M. M. H. P., & da Silva Dias, H. M. D. P. (2022). Aprendizagem do cuidar a família na comunidade: Usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Revista de Enfermagem Referencia, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21073>

Garzon, N. E., Moreno, S. C., & Díaz, L. C. (2021). Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: Scoping Review. Revista Cuidate, 12(724). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.1368>

Gomes, L. G. O., Gomes, G. O., Fodra, J. D., & Massabni, A. C. (2022). Zoonoses: as doenças transmitidas por animais. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 25(2), 158–174. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/rebram/2022.v25i2.1261>

Gonçalves, T. A., & Cerqueira, R. B. (2024). O impacto da posse irresponsável de animais domésticos na proliferação de zoonoses: um problema de vigilância epidemiológica. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(4), 1–13. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n4-158>

Gordinho, T. M. P., & Luísa, C. C. G. (2023, December). Animais de estimação e qualidade de vida em adultos mais velhos. *RIAGE – Revista Ibero-Americana Da Gerontologia*, 4, 107–120. 10.61415/riage.72

Hohashi, N., & Kijima, N. (2025). Japanese Family Conditions Demonstrating Family Resilience: Directed Content Analysis Based on Literature and Family Interviews. *Nursing Reports*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/nursrep15030096>

Lindt, N., Van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>

Lobaina, E. C., Cortes, J. T. A., Hechavarría, G. de los Á. P., González, P. F., & Verdecia, R. R. (2017). Salud sexual en ancianos de un consultorio médico de la familia. *MEDISAN*.

Meditsch, R. G. M. (2006). O médico veterinário, as zoonoses e a saúde pública: um estudo com profissionais e clientes de clínicas de pequenos animais em Florianópolis, SC, Brasil [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89049>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro. <https://dre.pt>

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

Portugal. (2019). Decreto-Lei n.º 82/2019, de 27 de junho: Estabelece as regras de identificação dos animais de companhia, criando o Sistema de Informação de Animais de Companhia (SIAC). Diário da República, 1.ª série, n.º 122. <https://dre.pt>

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>

Rebello, L. M. de A. (2023). BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E AUTOCUIDADO UM ESTUDO DESCRITIVO EM CLIENTES ALVO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA. Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Silva, H. I. P. C. (2024). Barreiras arquitetónicas no domicílio: Projeto de desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem de reabilitação [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52083>

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Teixeira, D. K. da S., Andrade, L. M., Santos, J. L. P., & Caires, E. S. (2019). Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>

Tissot, J. T., & Vergara, L. G. L. (2023). Estratégias para prevenção de quedas no ambiente de moradia da pessoa idosa com foco no aging in place. *Ambiente Construído*, 23(3), 25–37. <https://doi.org/10.1590/s1678-86212023000300674>

Tomé, M. A. P. (2023). Capacitação do cuidador informal para os cuidados a pessoas dependentes [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://hdl.handle.net/10400.26/47252>

Valencia, L. F. R., Sierra, A. M. G., & López, C. R. G. (2019). Basic conditioning factors in informal caregivers of chronic patients at home. *Revista Cuidarte*, 10(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>

Yazan, B. (2016). Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. *Revista Meta: Avaliação*, 8(22), 149–182. <https://doi.org/10.22347/2175-2753v8i22.1038>

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods*. In *Applied Social Research Methods Series* (3a Ed., Vol. 5). Sage Publications.

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012, December). A Entrevista Na Terapia Familiar Sistêmica: Pressupostos Teóricos, Modelos E Técnicas De Intervenção Perspectiva A Entrevista Na Terapia Familiar Sistêmica: Pressupostos Teóricos, Modelos E Técnicas De Intervenção The interview in systemic family therapy: theoretical

5. Reequilibrar o Papel Parental

Fernanda Lopes, Joana Pereira & Lúgia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família em análise é composta por seis elementos: o casal parental e quatro filhos, com idades de 2, 8, 13 e 17 anos. A mãe, doravante designada como “J”, dedica-se em tempo integral à gestão do lar e ao cuidado dos filhos, no que respeita a antecedentes pessoais de saúde apresenta diagnóstico de portadora de hipertensão arterial, depressão e obesidade. O pai, identificado como “M”, exerce funções profissionais nos Comboios de Portugal (CP), sendo o responsável pela gestão financeira do agregado familiar; em termos clínicos é portador de diabetes de *Mellitus* tipo 2. Entre as particularidades desta família, destaca-se que o filho mais novo, de 2 anos de idade, é portador de Trissomia 21, enquanto a filha de 13 anos vive com Diabetes *Mellitus* tipo 1, diagnosticada aos 8 anos de idade. Família, natural de Lisboa, reside em São Vicente do Paúl há aproximadamente dois anos. A sua configuração corresponde a uma estrutura nuclear, que conta, com apoio informal. Esse apoio é assegurado maioritariamente pelos avós paternos, sobretudo ao fim de semana. Já a avó materna mantém apenas contacto telefónico diário, sem participação direta nos cuidados ou no suporte logístico.

2. APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar revela-se fundamental enquanto mediador e promotor de processos de capacitação no seio das famílias. Segundo Medeiros et al. (2015), o exercício profissional neste domínio não se restringe à dimensão técnica da prestação de cuidados, abrangendo igualmente a criação de contextos de reflexão e reorganização que potenciam a autonomia e os recursos familiares. A utilização de instrumentos de avaliação familiar, como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), a Escala de Zarit (Sequeira, 2010) e o Ecomapa, possibilita uma compreensão holística da realidade em estudo, favorecendo intervenções individualizadas, eficazes e humanizadas. No presente trabalho, o MDAIF assumiu um papel central, orientando a análise diagnóstica e o planeamento das intervenções. Este modelo, desenvolvido por Figueiredo (2018,

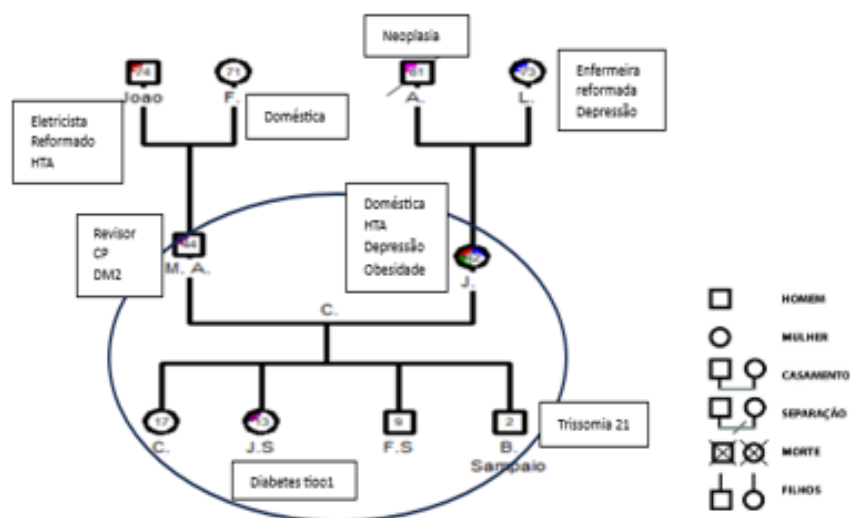
2020, 2023), estrutura-se em três dimensões — estrutural, funcional e de desenvolvimento — permitindo a identificação de necessidades e padrões familiares, bem como a mobilização dos respetivos recursos, numa perspetiva dinâmica e centrada no ciclo de vida.

2.1. Dimensão estrutural

A estrutura familiar é do tipo nuclear, complementada por apoio informal prestado pelos avós paternos, sobretudo aos fins de semana. Já a avó materna mantém apenas contacto telefónico diário, sem envolvimento direto nos cuidados ou apoio logístico.

No que se refere à condição socioeconómica, a aplicação da Escala de Graffar (adaptada) validada para a versão Portuguesa por Amaro (2001), situou a família na Classe IV – Média Baixa, resultado da análise do nível de instrução, profissão dos pais, tipo de habitação e rendimento familiar. Esta avaliação ajuda a contextualizar a capacidade de resposta da família a situações de maior exigência, como a presença de doença crónica e deficiência em membros dependentes. Para uma análise estruturada do contexto familiar, recorreu-se à construção do genograma (Figura 1), ferramenta gráfica que permite visualizar a composição familiar, relações entre os membros e padrões transgeracionais, como antecedentes patológicos. Segundo Figueiredo, Rego & Vítor (2023), esta ferramenta “permite uma visão dos problemas, reais ou potenciais, facilitando a formulação de hipóteses sobre como determinado problema pode estar relacionado com o contexto familiar numa perspetiva atual ou através do tempo”.

Figura 1 – Genograma da família



institucional. Esta multiplicidade de desafios potência desequilíbrios no funcionamento familiar e desgaste dos cuidadores, exigindo intervenções integradas e sensíveis ao ciclo de vida da família.

A avaliação da sobrecarga do cuidador foi realizada através da Escala de Zarit, aplicada à mãe, que obteve um score de 26 pontos, indicando um nível significativo de saturação do papel. Segundo Ferreira et al. (2021), “a sobrecarga do cuidador é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados”, sendo, neste caso, agravada pela acumulação de funções parentais e ausência de retaguarda.

2.3 Dimensão funcional

O funcionamento familiar é marcado por uma divisão clara de papéis, com o pai como principal provedor económico e a mãe como cuidadora principal. Apesar da ausência de sinais visíveis de conflito familiar, a gestão das tarefas recai de forma desproporcionada sobre a mãe, o que contribui para a sua sobrecarga emocional e funcional.

A análise do ecomapa revela uma rede de apoio informal limitada, com destaque para o suporte prestado pelos avós paternos. A relação com a avó materna, embora regular em termos comunicacionais, não se traduz em apoio prático. As ligações externas da família a estruturas formais, como escola, serviços de saúde e comunidade, encontram-se estabelecidas, mas poderiam ser mais mobilizadas no sentido de ampliar a rede de suporte.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi orientado personalizado e centrado nas reais necessidades da família, identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma.

Tabela 1. Plano de cuidados da família em estudo

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
Rendimento Familiar E. Graffar – Classe Social Média Insuficiente	- Reorganizar e otimizar a gestão do rendimento familiar; - Promover a literacia financeira: educação para o planeamento do rendimento familiar; - Informar sobre recursos comunitários disponíveis; Rendimento Familiar Insuficiente

<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
Satisfação Conjugal - Satisfação do casal sobre a divisão / partilha das tarefas domésticas Não satisfação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Motivar e Negociar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; - Identificar atividades e estratégias redutoras do stress - Promover a participação em atividades lúdicas e de relaxamento
<i>Dimensão funcional</i>	
Papel de Prestador de cuidados não adequado Saturação presente	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família - Promover a comunicação expressiva das emoções - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família - Promover o envolvimento da família alargada - Promover a comunicação expressiva das emoções - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) - Promover estratégias de coping para o papel - Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família
Relação Dinâmica Disfuncional Comunicação Familiar Não eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Otimizar a comunicação na família - Planear rituais na família - Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família - Otimizar padrão de ligação - Avaliar saturação do papel - Promover o suporte da família - Otimizar padrão de ligação - Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família - Facilitar o restabelecimento de vínculos através de convites para eventos familiares ou encontros informais. - Estimular a aproximação com a avó materna;

4. GANHOS EM SAÚDE

O acompanhamento da família em estudo permitiu a aplicação de uma abordagem centrada na pessoa, sustentada pelo MDAIF, proporcionando uma intervenção holística, sistematizada e eficaz. A utilização de instrumentos como o genograma, o ecomapa e escalas de avaliação, nomeadamente a Escala de Zarit e a Graffar, possibilitou a identificação de áreas críticas, incluindo a sobrecarga materna e a fragilidade da rede de apoio informal, orientando a elaboração de um plano de cuidados personalizado, ajustado às necessidades concretas da família. Durante o processo de acompanhamento, verificou-se uma melhoria significativa no bem-estar emocional e funcional da família. A mãe, que inicialmente apresentava sinais de exaustão, passou a evidenciar maior autonomia, motivação e bem-estar, integrando-se em atividades de autocuidado, como a prática de pilates. Paralelamente, a coesão familiar foi fortalecida pelo envolvimento mais ativo dos avós e pela valorização das competências dos filhos adolescentes. Estes resultados evidenciam a eficácia das intervenções e a capacidade da família para se reorganizar e adaptar face às adversidades. O percurso de intervenção também permitiu o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, desde a avaliação global da família enquanto sistema, até à planificação e implementação de cuidados direcionados, promoção da resiliência e do autocuidado, e articulação com recursos comunitários. A construção de uma relação terapêutica sólida, baseada na escuta ativa, respeito e empatia, constituiu um elemento central na eficácia das intervenções realizadas.

BIBLIOGRAFIA

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Ferreira, F., Silva, A., & Marques, T. (2021). Sobrecarga do cuidador informal: consequências e estratégias de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 25–34. <https://doi.org/10.xxxx/rer2021>

Figueiredo, M. H. P., & Amendoeira, J. (2018). *Intervenção sistémica em enfermagem de família: guia teórico-prático para contextos clínicos e comunitários*. Lidel.

Figueiredo, M.H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. P., Rego, A., & Vítor, C. (2023). *Ferramentas de avaliação da estrutura familiar em Enfermagem*. Lusociência.

Medeiros, H., Freitas, L., & Gomes, A. (2015). O enfermeiro de família como promotor da funcionalidade familiar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(1), 15–26.

Sequeira, C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9–16.

6. Família de pessoa com Diabetes

Joana Farinha, Maria de Lourdes Araújo & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família Oliveira configura-se como uma unidade monoparental, composta pela Senhora Olívia, de 65 anos, viúva, e pelo seu filho Bruno, de 38 anos, ambos coabitantes e sem presença de outros elementos familiares ou relações conjugais atuais. A estrutura familiar enquadra-se no modelo de “família com filhos adultos”, de acordo com o ciclo vital familiar proposto por Duvall (1977) e adaptado por Relvas (1996), embora esta etapa, que pressupõe o distanciamento progressivo e a autonomização dos filhos, não esteja ainda plenamente consolidada. O Sr. Bruno apresenta uma dependência emocional significativa em relação à mãe, não tendo ainda assumido um percurso autónomo em termos pessoais ou de saúde, o que se reflete em baixos níveis de literacia em saúde.

A Senhora Olívia é acompanhada regularmente na Unidade de Saúde Familiar (USF), com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) desde 2015. Encontra-se atualmente em situação de vulnerabilidade acrescida, marcada por dificuldades na adesão ao regime terapêutico. Estas dificuldades decorrem de um processo de luto complexo, com o falecimento do cônjuge há cerca de um ano e meio e da sua mãe há seis meses, o que contribuiu para um retraimento social progressivo, perturbações do sono, aumento ponderal e desorganização das rotinas alimentares e de atividade física. A nível funcional, apresenta sinais de sobrecarga associados à acumulação de tarefas domésticas, anteriormente partilhadas com o cônjuge.

O filho, Bruno, encontra-se em risco acrescido de desenvolver DM2, atendendo à predisposição genética, mas não demonstra proatividade na sua vigilância em saúde nem na adoção de comportamentos promotores de bem-estar. A sua participação nas dinâmicas familiares é limitada a apoios informais, como a realização de compras e a gestão de despesas, não estando envolvido em decisões estruturadas sobre os cuidados de saúde da mãe.

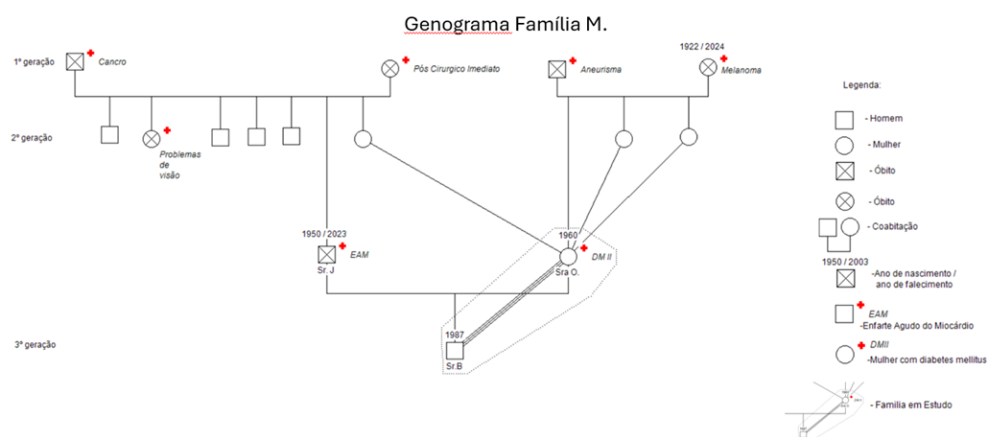
Segundo Figueiredo (2023), famílias monoparentais enfrentam frequentemente desafios adicionais, como maior vulnerabilidade estrutural, sobrecarga dos elementos cuidadores e isolamento social, agravados pela menor redistribuição de tarefas. Estes fatores, conforme reforçado por Riederer et al. (2017), podem resultar em transições familiares mais críticas e prolongadas, sobretudo em contextos de doença crónica e perda.

2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

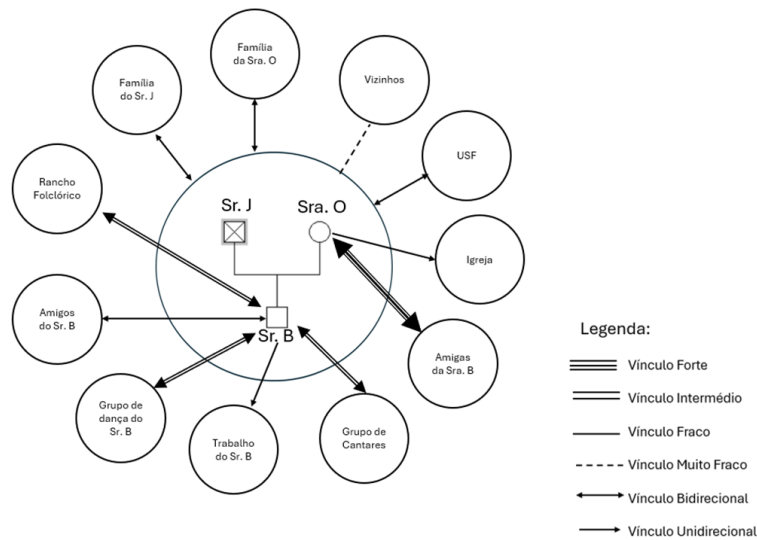
A avaliação da dimensão estrutural diz respeito à estrutura da família, a identificação da composição, os vínculos que os diferentes membros da família Pereira estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). O genograma incide em três gerações familiares e ao incluir forças da família, e eventos de stress/críticos, além da composição familiar, permite uma visão geral da família, como instrumento de avaliação das necessidades da família (Figueiredo et al 2023). Trata-se, portanto, de uma família na fase “família com filhos adultos”, segundo Relvas, representada no genograma (Figura 1).

Figura 1 – Genograma da família Oliveira



O ecomapa (Figura 2), através da relação entre os membros da família e os sistemas mais amplos, evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2023b).

Figura 2 – Ecomapa da família Oliveira



Com base na análise sistemática dos dados obtidos através da entrevista familiar e da observação direta das interações e do ambiente domiciliar, foi possível identificar diversas forças e recursos associados à dimensão estrutural da família em estudo, que contribuem positivamente para a sua funcionalidade e bem-estar.

No que respeita ao rendimento familiar, este revelou-se suficiente para a cobertura das necessidades básicas do agregado, permitindo um nível de estabilidade financeira que se repercute positivamente na gestão do quotidiano familiar. A origem dos rendimentos, a sua regularidade e a perceção de segurança financeira por parte dos membros da família sustentam esta conclusão.

Relativamente ao edifício residencial, este configura-se como seguro e não negligenciado. A habitação reúne condições estruturais adequadas, apresentando boa conservação, ventilação eficaz, iluminação natural e acesso a infraestruturas básicas como abastecimento de água da rede pública, eletricidade e saneamento. A higiene da habitação é satisfatória e consistente com práticas de autocuidado e de manutenção do espaço doméstico, o que reforça a perceção de segurança e de conforto no seio familiar.

Ao nível da precaução de segurança, foram observadas condutas proativas por parte da família, com identificação de riscos e adoção de estratégias preventivas, nomeadamente na organização do espaço doméstico, utilização segura de

equipamentos de aquecimento e eliminação de obstáculos que possam potencializar quedas ou acidentes, sobretudo no contexto de membros mais vulneráveis.

A presença de animal doméstico não configurou qualquer situação de risco ou negligência. O animal é mantido em condições adequadas, com cuidados de saúde veterinária atualizados e integração harmoniosa na dinâmica familiar, contribuindo inclusive para o bem-estar emocional dos elementos da família.

Segundo Figueiredo (2012), o edifício residencial assume um papel central na dimensão estrutural da família, funcionando como espaço de abrigo e proteção, sendo determinante para a promoção da saúde e qualidade de vida dos seus membros. Elementos como a presença de barreiras arquitetônicas, tipo de aquecimento, abastecimento de gás, condições de higiene e organização do espaço devem ser criteriosamente avaliados, uma vez que influenciam diretamente a funcionalidade familiar.

Neste contexto, a família em estudo evidencia recursos estruturais significativos, que devem ser valorizados e potenciados no planeamento de intervenções de enfermagem orientadas para a promoção da autonomia, segurança e bem-estar familiar.

2.2. Dimensão de desenvolvimento

Na análise da dimensão de desenvolvimento, destaca-se o foco no papel parental, considerando a etapa do ciclo de vida familiar em que os filhos adultos iniciam a construção dos seus próprios modelos familiares. Esta fase, tal como descrita por Figueiredo (2012), é caracterizada pela necessidade de redefinição das relações parentais, o que implica frequentemente a renegociação de expectativas e funções entre os membros da família.

Durante esta transição, é comum emergirem conflitos de papéis, sobretudo quando os pais continuam a desempenhar um papel central na vida dos filhos adultos. A dificuldade em conciliar múltiplas exigências — profissionais, familiares, sociais e pessoais — pode originar tensão, especialmente quando existe discrepância entre as expectativas associadas ao papel e a capacidade real de o desempenhar. Essa incompatibilidade tende a gerar sobrecarga emocional e física, conduzindo à saturação do papel parental. No entanto, essa mesma sobrecarga pode constituir um catalisador para o desenvolvimento de estratégias adaptativas, promovendo reorganizações funcionais que reforçam a coesão familiar e a autonomia dos seus elementos.

Um dos aspetos centrais para o equilíbrio nesta fase é o consenso familiar, entendido como a aceitação e partilha das responsabilidades e funções associadas ao papel parental. Este consenso traduz-se em atitudes de diálogo aberto, participação ativa

dos progenitores e disposição para a negociação das tarefas, mesmo diante da complexidade que pode advir da conciliação de papéis diversos.

Na família Oliveira, não se verificaram disfunções associadas a esta dimensão. A redefinição dos papéis familiares ocorreu de forma progressiva e adaptativa, sendo evidente a aceitação mútua e a adequação funcional às exigências desta fase do ciclo vital. Como tal, não foi identificada a necessidade de intervenção específica no domínio do papel parental, uma vez que a família demonstra um ajustamento adequado às transformações inerentes ao desenvolvimento dos seus membros adultos.

2.3. Dimensão funcional

A dimensão funcional, segundo Figueiredo (2012), corresponde aos padrões de interação estabelecidos no seio familiar, os quais permitem o desempenho eficaz das funções e tarefas inerentes à família enquanto sistema. Esta dimensão sustenta-se na complementaridade funcional, que assegura o equilíbrio entre os elementos, e nos valores partilhados, os quais promovem a concretização dos objetivos familiares, por meio de processos evolutivos que garantam a sua continuidade ao longo do tempo.

Na avaliação funcional da família Oliveira, destacam-se dois focos principais: o Papel de Prestador de Cuidados e o Processo Familiar. O primeiro enfatiza a vertente instrumental do funcionamento familiar, relacionando-se com a prestação direta de cuidados a membros dependentes. No caso da família analisada, não foi identificado nenhum elemento com necessidade de cuidados dependentes nem cuidador formal ou informal associado, pelo que esta categoria não foi alvo de avaliação aprofundada. O Processo Familiar, por sua vez, reflete a dimensão expressiva da funcionalidade familiar, englobando os padrões interacionais que emergem da dinâmica entre os seus membros. Esta dimensão compreende características sistémicas como a circularidade, a auto-organização, a equifinalidade e a globalidade, reconhecendo a família como um sistema vivo, dinâmico e em constante transformação (Figueiredo, 2012).

Para a avaliação dos fatores de stress familiar e da sua potencial repercussão na saúde dos seus membros, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que permite identificar eventos críticos vivenciados recentemente e estabelecer a probabilidade de desenvolvimento de doenças psicossomáticas. No caso da família Oliveira, a pontuação total foi de 209 pontos, o que, segundo os critérios da escala, representa uma probabilidade de 50% de adoecimento físico e/ou psíquico num ou mais membros da família.

Este valor está em consonância com a ocorrência recente de um evento marcante de luto, que implicou alterações significativas nos hábitos de sono, condições de vida e

padrões alimentares dos membros familiares. Estas mudanças refletem o impacto emocional e funcional do evento na estrutura familiar, podendo comprometer o seu equilíbrio e bem-estar.

Perante estes dados, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) reveste-se de particular importância, não só na identificação precoce de sinais de risco, como na elaboração de diagnósticos de enfermagem centrados na prevenção da recorrência de eventos de doença e na promoção da resiliência familiar. O acompanhamento contínuo e a capacitação dos membros da família tornam-se, assim, pilares fundamentais da intervenção, com vista à adaptação saudável às transições vividas e à preservação da funcionalidade familiar.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma (Tabela 1).

Tabela 1 - Plano de Cuidados da família Oliveira

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA NÃO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar sessão de educação para a saúde; - Encaminhar para controlo da água; - Entregar folheto informativo.
<i>Dimensão esenvolvimento</i>	
COPING COPING FAMILIAR NÃO EFICAZ - Autocuidado em grau reduzido (relação à Doença Crónica Diabetes II)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar conferência familiar: Sessão de Educação para a saúde sobre Auto-Cuidado Diabetes; - Negociar estratégias de coping com a adoção de pequenas metas de adesão ao plano proposto; - Apoiar a decisão partilhada; - Envolvimento da Senhora Olívia nos restantes papéis (Gestão Financeira, Provedor); - Entregar Folheto Informativo

Dimensão funcional	
<p>INTERAÇÃO DE PAPÉIS NÃO EFICAZ – Papel de Cuidado Doméstico-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redefinir papéis com inclusão do Senhor Bruno; - Elaborar tabela semanal de tarefas domésticas negociadas com a família.
<p>INTERAÇÃO DE PAPÉIS NÃO EFICAZ – Papel Recreativo-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de lazer e convívio; - Promover envolvimento da família; - Promover suporte da Família Alargada; - Elaborar plano de atividades recreativas sugeridas à família de acordo com as suas crenças e valores.

A intervenção desenvolvida no âmbito deste estudo de caso centrou-se na capacitação de uma família com doença crónica, através de uma abordagem baseada no MDAIF de Figueiredo (2012). A família Oliveira vivendo transições múltiplas exigiu uma intervenção sensível, centrada na família, com foco na funcionalidade familiar e no fortalecimento das competências em saúde.

A avaliação da estrutura e funcionamento da família, permitiu identificar vulnerabilidades ao nível da funcionalidade. A família, agora monoparental, revelou dificuldades na reorganização das tarefas domésticas aliadas ao processo de luto e alterações nas dinâmicas familiares, o que é consistente com o que Figueiredo (2012) descreve como uma fase crítica do ciclo vital familiar, exigindo suporte estruturado por parte do enfermeiro de saúde familiar (ESF). Neste sentido, a utilização do MDAIF revelou-se facilitadora na avaliação desta família, pois permitiu identificar forças e recursos familiares.

4. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção desenvolvida junto da família permitiu alcançar o objetivo inicial de promover a capacitação familiar no contexto de uma transição complexa – marcada pela convivência com a doença crónica (Diabetes *Mellitus* tipo 2). Esta atuação evidenciou o papel central do ESF na gestão integrada de transições múltiplas, contribuindo significativamente para a reorganização funcional da família e para a sua adaptação à nova realidade.

Ao explorar as práticas familiares de saúde, foi evidente que a gestão da DM2 estava condicionada por fatores emocionais associados ao luto, assim como baixa literacia em saúde. A intervenção educativa através de conferência familiar aliada a sessões de educação para a saúde foi, portanto, um eixo central. Sessões de educação para

a saúde sobre alimentação, atividade física e adoção de hábitos saudáveis promoveram mudanças concretas, como caminhadas regulares e escolhas alimentares mais equilibradas, assim como a interpretação de rótulos alimentares. A adesão ao plano terapêutico é reconhecida como fator central na gestão da doença crónica (Bugalho & Carneiro, 2004; Ferreira & Amendoeira, 2015) pelo que, a adesão às atividades propostas, revelou-se facilitadora no bem-estar emocional e físico, sendo referidos pela Senhora Olívia como favoráveis também na da qualidade do sono, maior bem e-estar emocional e diminuição das queixas álgicas nos membros inferiores. Estes resultados refletem o impacto da atuação do EESF nas competências de educação terapêutica, promoção do autocuidado e empoderamento da pessoa (OE, 2010). O facto de ter sido verificada uma redução de 2 kg no peso da Sra. O. ao longo do período de intervenção traduz-se num maior controlo metabólico e evidencia ganhos objetivos no autocuidado, reforçando o impacto das intervenções do EESF na capacitação da pessoa com doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A construção de um plano de cuidados culturalmente sensível, respeitou os valores, as crenças e o contexto da família. Técnicas como a comunicação circular, a metáfora terapêutica e a pergunta milagre foram integradas na conferência familiar, facilitando o envolvimento emocional e o alinhamento de expectativas. Como sublinha Wright & Leahey (2019), estas técnicas promovem a colaboração familiar e aumentam o sentido de agência na resolução de problemas. A implementação de rotinas estruturadas e a criação de um quadro de tarefas familiares juntamente com a família foram fundamentais para promover uma reorganização funcional e sustentável da vida familiar, tendo em conta o contexto da família.

A implementação de rotinas estruturadas e o suporte emocional durante o luto permitiram a Olívia desenvolver maior resiliência e reduzir sentimentos de sobrecarga. Álvaro et al. (2024) referem que o EESF deve ser um facilitador do *coping* familiar em processos de perda, e as intervenções realizadas demonstraram esse papel ao promover o bem-estar emocional da família. O papel recreativo e a comunicação familiar são indicadores da qualidade funcional. A melhoria observada nos momentos de lazer e no diálogo familiar reflete a restauração do equilíbrio emocional e da coesão relacional, como preconizado pelo MDAIF.

Apesar das intervenções implementadas não terem incidido diretamente na dinâmica do luto, foram implicitamente facilitadoras da sobrecarga emocional sentida pela Senhora Olívia, assim como também se mostraram eficazes na adesão ao plano terapêutico, proposto a esta família. Dessa forma, a prática baseada na evidência permitiu aplicar intervenções de enfermagem fundamentadas, com foco na melhoria da adesão ao plano terapêutico e na funcionalidade familiar que se tornaram eficazes.

Por fim, os ganhos em saúde familiar tornam-se visíveis na melhoria da funcionalidade, na coesão familiar, no bem-estar emocional e na literacia em saúde. A conferência familiar constituiu um espaço terapêutico essencial para a expressão emocional, clarificação de papéis e redefinição de estratégias. A partilha de sentimentos por parte de Olívia e o seu contacto proativo com a USF demonstraram um vínculo relacional positivo e confiança na relação terapêutica estabelecida — aspetos essenciais na promoção da capacitação familiar (Wright & Leahey, 2019; OE, 2010).

Em suma, a intervenção permitiu validar a importância do papel do EESF na capacitação de famílias em contextos complexos de transição, como a doença crónica e o luto. As mudanças observadas na família Oliveira confirmam o potencial transformador da prática de enfermagem baseada no MDAIF, com enfoque sistémico, culturalmente sensível e centrado nos ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, V.M.S. (2000). A Diabetes na Adolescência – Um Estudo BioPsicossocial. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Alvaro, M.; et al (2024). Nursing Interventions in Primary Care for the Management of Maladaptive Grief: A Scoping Review. Acedido Junho 11, 2025 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39311186/>

Alves, D. (2020). O Papel do Enfermeiro de família na promoção da resiliência e da qualidade de vida em famílias a vivenciar situações de doença crónica. Acedido a Maio 29, 2025 em <repositorio.utad.pt/server/api/core/bitstreams/bdd55248-fb43-48b3-921b-fe4aa25e6198/content>

Amendoeira, J., Cândido, A., Sarroeira, C., Cunha, F., Lino, A., Silva, H., Fernandes, P. & Silva, E. (2018). Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. Revista da UIPPS 6 (2), 80-94. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (2022) Estatísticas USF. Acedido Maio 3, 2025 em: <http://usf-an.pt/estatisticas-usf/>

Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. (2022). Relatório anual de atividades 2022. USF-AN. <https://usf-an.pt/>

Baig, A. et al (2015) Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. Annals of the New York Academy Of Sciences Acedido Junho 07, 2025 em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nyas.12844>

Barbosa, A., & Neto, I. (2010). Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2025) USF BT. Acedido Junho 25, 2025 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140172/Paginas/default.aspx>

Braga, D. C., Bortolini, S. M., Rozetti, I. G., Zarpellon, K., Nascimento, J. C., & Neris, J. E. (2015). Avaliação de neuropatia e complicações vasculares em pacientes com diabetes mellitus em um município rural de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*, 59(2), 78-83.

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Campos, M. T. F. S. (2013). A influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 2769–2777. Acedido Maio 19, 2025 em <https://www.scielo.br/j/csc/a/r8CQpztF5wmDLFKNzHCsZjy/?lang=pt>

Canço, Hernâni; Bairrada, Pedro; Rodríguez, Esther; Carvalho, Armando, *Novos tipos de família: plano de cuidados*, Imprensa da Universidade <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>; 7-Sep-2022 11:41:41

Dantas, M. J., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2022). Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21084. Acedido Maio 03, 2025 em <https://doi.org/10.12707/RV21084> Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1a). Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023a). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde familiar* (1st ed., pp. 383–391). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H. (2023b). *Ecomapa*. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 350–352). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M.C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *VI(2)*, 102–107. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2025). PORDATA, Consultado a 26 abril 2025. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>

Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2nd ed.). Lusociência.

Relvas, A. P. (2000). O Ciclo Vital da Família (2nd ed.). Edições Afrontamento.

Wright, L.M.& Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias- Um guia para a intervenção na família (3ªed.). Editora Roca Ltda.

Yin, R. K. (2001). Estudo de caso - Planejamento e métodos (Bookman, Ed.; 2nd ed.). Bookman. http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/fetch/74304716/3-YIN-planejamento_metodologia.pdf

7. Família de pessoa com diagnóstico inaugural da diabetes tipo 2

João Hipólito, Sandra Bispo & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

No âmbito de uma consulta inserida no Programa Nacional para a Diabetes, foi selecionada para acompanhamento a Família Silva, tendo como critério de inclusão a vivência de uma transição saúde-doença significativa. A escolha fundamentou-se na elevada acessibilidade e disponibilidade dos membros do agregado familiar, o que permitiria a realização de múltiplos contactos e, conseqüentemente, a recolha de informação relevante para uma avaliação compreensiva do estado de saúde e das dinâmicas familiares.

A família Silva é uma família reconstruída, composta por três elementos que coabitam na mesma residência: o Senhor José (nascido em 1970), a Senhora Maria (nascida em 1971) e o adolescente Francisco (nascido em 2008), filho biológico de Maria, proveniente de uma relação anterior. O José é pai de dois filhos, uma filha nascida em 1995 e um filho nascido em 2000, ambos de uma relação prévia, não residindo atualmente com o agregado.

O histórico familiar de José revela forte carga genética para a diabetes *Mellitus*: ambos os progenitores foram diagnosticados com diabetes *Mellitus* (tipo I e tipo II, respetivamente), e a sua filha foi diagnosticada com diabetes *Mellitus* tipo I aos 17 anos. Em novembro de 2024, o próprio Senhor José foi diagnosticado com diabetes *Mellitus* tipo II, tendo verbalizado o impacto emocional do diagnóstico: “foi um choque pois os meus pais faleceram devido a complicações da diabetes, depois a minha filha também teve diabetes e agora calhou-me a mim...” (SIC).

A família reside num apartamento localizado num bairro residencial urbano, inserido numa cidade de aproximadamente 13.500 habitantes. José exerce funções como comercial, gerindo uma carteira de clientes numa área geográfica alargada, o que o obriga a permanecer longos períodos sentado ao volante. Habitualmente realiza as suas refeições de almoço fora de casa, em restaurantes, exceto quando a logística diária permite o regresso ao domicílio. No final do dia, entre as 19h30 e as 21h30, desempenha funções de treinador de futebol num clube desportivo local.

A Senhora Maria exerce a função de secretária administrativa no mesmo clube desportivo. Almoça diariamente em casa com o filho, Francisco, que frequenta o ensino básico e integra também a equipa de futebol do clube. A família realiza a

refeição do jantar habitualmente após o término dos treinos, por volta das 22h00, circunstância que, segundo Maria, “é muito tarde para jantar” (SIC).

Maria é a principal responsável pela confeção das refeições, assumindo uma diferenciação entre os pratos preparados para o companheiro e para o filho. Justifica esta opção afirmando que o filho “precisa de ter mais energia para os treinos” (SIC), razão pela qual a alimentação de ambos tende a ser mais calórica e menos equilibrada. Este contexto contribui para que o Sr. José refira dificuldades em manter o compromisso com o plano alimentar proposto pela equipa de saúde, nomeadamente pela enfermeira de família.

Relativamente à terapêutica farmacológica, José encontra-se medicado com antidiabéticos orais. Maria já manifestou, por diversas vezes, a convicção de que “ele já poderia deixar de tomar os comprimidos” (SIC), demonstrando desconhecimento sobre a cronicidade da patologia e a função dos medicamentos. Esta perceção poderá constituir um fator de risco para a adesão ao regime terapêutico a médio prazo.

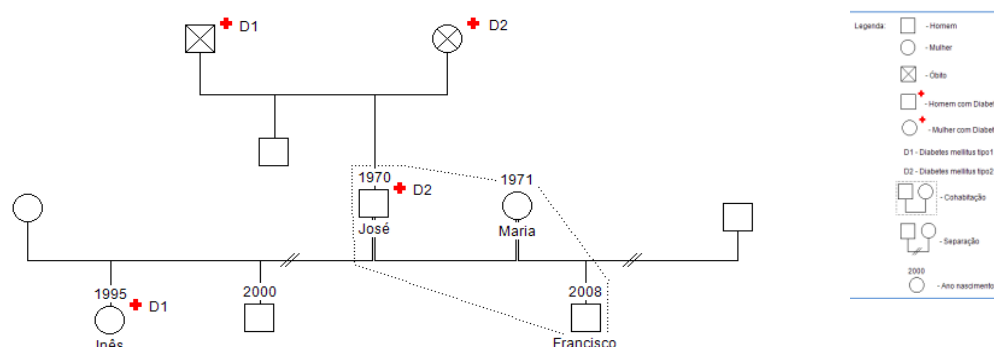
Por outro lado, José revela-se um utente colaborante, motivado e comprometido com as orientações fornecidas em consulta de enfermagem, referindo melhorias significativas, particularmente na “perda de volume e de peso” (SIC), o que reforça o seu sentimento de controlo sobre a doença.

2. APLICAÇÃO DO MODELO DINAMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

2.1. Dimensão estrutural

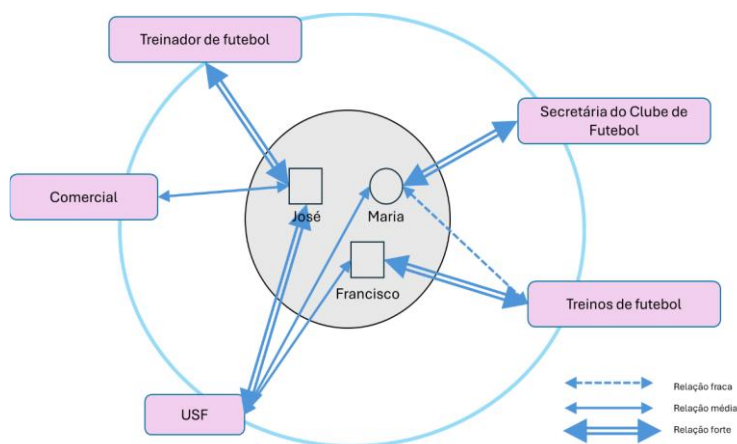
A avaliação da dimensão estrutural diz respeito à estrutura da família, a identificação da composição, os vínculos que os diferentes membros da família Silva estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). Trata-se de uma família na fase “família com filhos adultos”, segundo Relvas, representada no genograma (Figura 1).

Figura 1 – Genograma da família



O ecomapa constitui um instrumento de avaliação familiar que permite representar graficamente as interações e relações estabelecidas entre a família e os sistemas mais amplos da comunidade envolvente, conforme proposto por Hartman (1978). A análise do ecomapa da família Silva (Figura 2) evidencia que o Senhor José mantém uma relação de intensidade moderada com o seu contexto laboral enquanto comercial, e uma ligação forte com o seu papel como treinador de futebol, bem como com a Unidade de Saúde Familiar (USF), através da relação terapêutica estabelecida com a enfermeira de família. A Senhora Maria apresenta uma ligação forte com a sua atividade profissional no secretariado do clube desportivo local. Contudo, manifesta uma relação de fraca intensidade com os treinos de futebol noturnos, atividade à qual não se associa diretamente. O filho do casal, Francisco, revela uma ligação forte com os treinos de futebol, onde participa ativamente como jogador. De acordo com a aplicação da escala FACES II – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales –, adaptada por Otilia Monteiro Fernandes (1995), a família Silva é caracterizada, ao nível da coesão, como uma família separada (com ligações emocionais moderadas entre os membros), e, ao nível da adaptabilidade, como estruturada, denotando a existência de regras familiares claras e funções bem definidas. Assim, trata-se de uma família classificada como intermédia, segundo a conjugação dos dois domínios avaliados (coesão e adaptabilidade). Relativamente à notação social, e segundo a escala de Graffar (adaptada por Fausto Amaro, 2001), a família Silva encontra-se inserida na classe média (grau 3), com a tipologia da habitação igualmente classificada no grau 3 da referida escala.

Figura 2 – Ecomapa da família



2.2. Dimensão de desenvolvimento

De acordo com o modelo de desenvolvimento familiar proposto por Relvas (2000), a família Silva encontra-se na fase final do ciclo vital familiar, designada por “família com filhos adultos”. Esta etapa é caracterizada pela progressiva autonomização dos filhos e pela gradual manifestação de dependência dos progenitores, à medida que envelhecem. Entre as principais tarefas evolutivas desta fase destaca-se a necessidade de redefinição dos papéis familiares e a reorganização dos laços de interdependência entre as gerações, particularmente no que se refere ao envelhecimento dos membros mais velhos (Relvas, 2000, p.191).

Neste contexto, segundo Hanson (2005), o papel do profissional de enfermagem consiste em trabalhar em parceria com a família, com o objetivo de promover o funcionamento familiar, restaurar a saúde e prevenir ou minimizar o impacto da doença, sobretudo nos elementos de maior idade.

No que respeita à subárea funcional do papel parental, identificam-se predominantemente forças familiares, nomeadamente um exercício adequado desse papel. A Senhora Maria mantém uma relação de forte proximidade afetiva com o seu filho Francisco, assumindo um papel de suporte emocional e cuidado contínuo. De igual modo, evidencia envolvimento ativo com os filhos do companheiro, com quem mantém contacto regular.

2.3. Dimensão funcional

Durante uma conferência familiar, abordou-se a questão do tempo de convivência familiar, com especial enfoque na refeição noturna, tradicionalmente realizada após os treinos desportivos, por volta das 22h00. Este horário tardio vinha sendo percebido como um entrave à vivência de momentos de qualidade entre os membros do agregado, particularmente pelo casal. Como alternativa, foi consensualizada a introdução de uma refeição leve pré-treino, partilhada pelos três membros da família. Esta estratégia foi acolhida com entusiasmo pelo Senhor José, que referiu benefícios no controlo do apetite e uma menor ingestão excessiva ao jantar. O filho Francisco participa igualmente nesta refeição, promovendo o reforço dos vínculos familiares e da comunicação.

Foi sugerido à família a criação de um “diário familiar”, com o objetivo de registar os progressos e desafios enfrentados, promovendo a autoavaliação e o fortalecimento do compromisso com os objetivos definidos em conjunto. Esta prática poderá contribuir para a consolidação de rotinas saudáveis e para o reforço da coesão familiar.

No decurso da mesma conferência, foi também abordada a organização e adequação das refeições familiares, tendo em conta as necessidades específicas do Senhor José, diagnosticado com diabetes *Mellitus* tipo 2. A Senhora Maria é a responsável pela confeção dos alimentos e demonstrou preocupação em preparar pratos diferenciados para o companheiro e para o filho. Justificou esta distinção afirmando que “o meu filho necessita de mais energia”, referindo-se à atividade desportiva intensa que Francisco realiza diariamente. Esta diferenciação alimentar tem-se revelado um fator gerador de frustração e desmotivação para o Senhor José, dificultando a adesão ao plano alimentar recomendado pela equipa de saúde.

Face a esta situação, foi proposto à família planear em conjunto o menu semanal, de forma a harmonizar as preferências individuais com as exigências nutricionais específicas, assegurando uma alimentação equilibrada e comum sempre que possível. Apesar do compromisso assumido, foi identificada a necessidade de intervir junto da Senhora Maria, no sentido de promover literacia alimentar, especificamente orientada para a realidade desta família. Foi sugerida a marcação de uma consulta de enfermagem com enfoque na educação para a saúde alimentar e confeção adaptada às necessidades de todos os membros. Até à data, esta consulta ainda não se concretizou por indisponibilidade da utente.

No âmbito de uma consulta de enfermagem na USF, foi abordada a perceção do Senhor José relativamente ao diagnóstico de diabetes *Mellitus* tipo 2. O utente expressou uma visão determinista e fatalista da doença, considerando-a como um legado hereditário inescapável, referindo: “a doença veio dos meus pais para mim, e agora para a minha filha” (SIC). Esta narrativa revelou sentimentos de culpabilização

associados ao diagnóstico da filha com diabetes *Mellitus* tipo 1 aos 17 anos, refletindo uma necessidade premente de reformulação das crenças em saúde.

Durante a consulta, foram abordadas as diferenças entre diabetes *Mellitus* tipo 1 e tipo 2, bem como os fatores de risco associados. Foi enfatizada a inexistência de um mecanismo de transmissão direta, desmistificando a ideia de “contágio” e clarificando a influência da predisposição genética versus fatores ambientais e comportamentais. Além disso, foram exploradas estratégias de autovigilância glicêmica, promoção do estilo de vida saudável e controle emocional face à doença.

A reflexão proporcionada ao longo da consulta permitiu ao Senhor José iniciar um processo de ressignificação da sua condição de saúde, demonstrando alívio quanto ao sentimento de culpa e uma maior compreensão do quadro clínico. Recomenda-se, nas próximas consultas de seguimento, a continuidade deste trabalho educativo e o reforço da expressão emocional, de forma a consolidar a adesão ao plano terapêutico e fortalecer a sua autonomia na gestão da doença.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma (Tabela 1).

Tabela – 1 Plano de Cuidados da Família Silva

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA - Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar para atividades em conjunto; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Planear rituais familiares; - Realizar conferência familiar; - Criar um diário da família, onde pudessem relatar os objetivos alcançados e as dificuldades que pretendem ultrapassar juntos.
<i>Dimensão funcional</i>	

<p>PROCESSO FAMILIAR DISFUNCIONAL - Coping familiar não eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o envolvimento da família; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Ensinar sobre alimentação saudável (elaborar uma ementa adaptada a toda a família)
<p>PROCESSO FAMILIAR DISFUNCIONAL - Crença de saúde não adequada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Ensinar a família sobre a doença - Instruir sobre estilo de vida saudável (alimentação, exercício físico, sono) - Instruir família sobre autovigilância - Ensinar a utilizar o sistema de monitorização contínua da glicose intersticial por sensor subcutâneo

4. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção desenvolvida junto da família Silva constituiu uma oportunidade concreta de análise e compreensão do impacto sistémico que um diagnóstico de diabetes *Mellitus* tipo 2 pode exercer sobre uma unidade familiar. Enquanto condição crónica, progressiva e de longa duração, a diabetes não afeta apenas o indivíduo diagnosticado, mas repercute-se diretamente nas rotinas quotidianas, nas relações interpessoais, nas crenças em saúde e na organização interna da família. Este caso reforça a evidência de que a gestão eficaz da diabetes requer uma abordagem biopsicossocial, sendo imprescindível a adoção de um modelo de cuidado centrado na família.

Através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2020), foi possível observar, de forma sistemática e contextualizada, como as transições associadas ao diagnóstico inaugural mobilizam recursos internos e externos da família, ao mesmo tempo que expõem vulnerabilidades preexistentes. No caso em apreço, destacaram-se alterações significativas nas dimensões do desenvolvimento e da funcionalidade familiar, com tensões evidenciadas ao nível das práticas relacionais, alimentares e das crenças associadas à doença.

A aplicação da Teoria das Transições de Meleis (2010) revelou-se igualmente estruturante, possibilitando a organização da intervenção em torno das dinâmicas de mudança vivenciadas pela família, com enfoque nas esferas emocional, educativa e organizacional.

Na fase inicial do acompanhamento, observaram-se perturbações no domínio relacional, manifestadas pela insatisfação da Senhora Maria relativamente à

escassez de tempo partilhado com o companheiro. Apesar de frequentemente desvalorizada em contextos clínicos, esta dimensão mostrou-se crítica na percepção de suporte e no grau de colaboração entre os membros do sistema familiar. A reorganização das rotinas, nomeadamente com a introdução de uma refeição leve partilhada antes dos treinos desportivos, revelou-se uma estratégia de coping eficaz, promovendo maior proximidade, comunicação funcional e alívio das tensões conjugais.

Outro aspeto relevante identificado foi o impacto das crenças em saúde na percepção e vivência da doença por parte do Senhor José. O seu discurso apresentava traços de fatalismo, associando o diagnóstico a um padrão familiar de sofrimento e perda, o que potenciava sentimentos de culpa e impotência. A intervenção visou, com base na Teoria das Transições, a desconstrução dessas narrativas disfuncionais, recorrendo a uma abordagem educativa, empática e fundamentada em evidência científica. Este processo permitiu reformular cognitivamente a percepção da doença, restaurando um sentido de controlo pessoal e esperança relativamente ao futuro.

Importa integrar, neste ponto, os contributos de Schmitt diel et al. (2018), que demonstram que o diagnóstico de diabetes tipo 2 afeta não apenas o doente, mas também os membros coabitantes, influenciando os seus próprios comportamentos de saúde. Tal observação mostrou-se particularmente evidente na dinâmica alimentar da família Silva, onde a Senhora Maria desempenhou um papel central, quer na preparação das refeições, quer no apoio emocional e na redistribuição das responsabilidades familiares. A sua coparticipação ativa revelou-se crucial para que o regime terapêutico deixasse de ser percebido como uma responsabilidade exclusiva do utente, passando a ser construído coletivamente, o que resultou num reforço da coesão e do compromisso familiar.

Adicionalmente, os dados longitudinais de Kristensen et al. (2024) apontam para uma associação significativa entre o diagnóstico de diabetes tipo 2 e o aumento de sintomatologia depressiva, o declínio da qualidade de vida e uma percepção mais negativa do estado de saúde. Por sua vez, Feng e Astell-Burt (2017) alertam para a possibilidade de redução dos contactos sociais e da participação em atividades comunitárias, fenómenos que, quando não devidamente acompanhados, podem conduzir ao isolamento social e agravamento da saúde mental. Estes efeitos, muitas vezes silenciosos e cumulativos, reforçam a necessidade de intervenções que integrem dimensões emocionais e relacionais, para além da monitorização clínica da doença.

O modelo de intervenção adotado, alicerçado nos referenciais teóricos de Figueiredo (2020) e Meleis (2010), demonstrou-se eficaz na abordagem multidimensional da transição saúde-doença. A atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar emergiu como elemento diferenciador, promovendo a construção de alianças terapêuticas sólidas, fornecendo suporte emocional e educativo adequado ao contexto, e facilitando a reorganização funcional das rotinas familiares em consonância com os valores, crenças e recursos da família.

Os ganhos em saúde identificados incluem: Maior adesão ao plano alimentar por parte do utente; Envolvimento ativo da família na gestão quotidiana dos cuidados; Melhoria das relações conjugais e maior coesão familiar; Aumento da literacia em saúde, particularmente no que respeita ao conhecimento sobre a diabetes e à desconstrução de mitos.

Estes resultados corroboram a eficácia de intervenções centradas na família, em conformidade com as competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), bem como com as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A experiência com a família Silva evidencia, assim, a necessidade de evoluir para modelos de cuidado integradores, que reconheçam e valorizem o papel ativo da família no processo terapêutico, promovendo ganhos em saúde sustentáveis, efetivos e humanizados.

BIBLIOGRAFIA

DGS. (2024). Programa Nacional para a Diabetes - Desafios e Estratégias 2024. www.dgs.pt

Figueiredo, M. H. (2020). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Sabooks Editora.

Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59(8), 465–471.

Kristensen, C. B., Chilcot, J., Jackson, S. E., Steptoe, A., & Hackett, R. A. (2024). The impact of a diabetes diagnosis on health and well-being: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Diabetes*, 16(7). <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13518>

McGoldrick, M., Petry, S., & Gerson, R. (2020). *Genograms: Assessment And Treatment*. W. W. NORTON & COMPANY.

Meleis, A. (2010a). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. Springer Publishing Company.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.o 428/2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista. Em *Diário da República* (140/2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Pedro, A. R., Avelar, F. G., Raposo, B., Cunha, A. S., Neves, J. S., Martinho, H., Couceiro, J., Bernardo, F., Pardal, M., Cordeiro, J. V., & Raposo, J. F. (2025). Perspectives of patients and healthcare professionals about the main concerns and impacts of type 2 diabetes - A mixed methods approach. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 20(1), 12–30.

Qin, W. (2023). Diabetes diagnosis and health behavior changes in middle- aged and older adults: the role of self-efficacy and social support. *Behavioral Medicine*, 49(3), 292–301. <https://doi.org/10.1080/08964289.2022.2050670>

Schmittiel, J. A., Cunningham, S. A., Adams, S. R., Nielsen, J., & Ali, M. K. (2018). Influence of a new diabetes diagnosis on the health behaviors of the patient's partner. *Annals of Family Medicine*, 16(4), 290–295. <https://doi.org/10.1370/afm.2259>

SPD. (2023). Diabetes: factos e números– relatório anual do observatório nacional da diabetes 2023. www.spd.pt

Stake, R. (2016). *Multiple Case Study Analysis*. Guilford Press.

WHO. (2024). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Yin, R. (2018). *Case Study Research And Applications - Design And Methods* (6.a ed.). SAGE PUBLICATIONS INC.

8. Família de pessoa com ferida complexa

Maria Miranda, Cristina Rodrigues & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

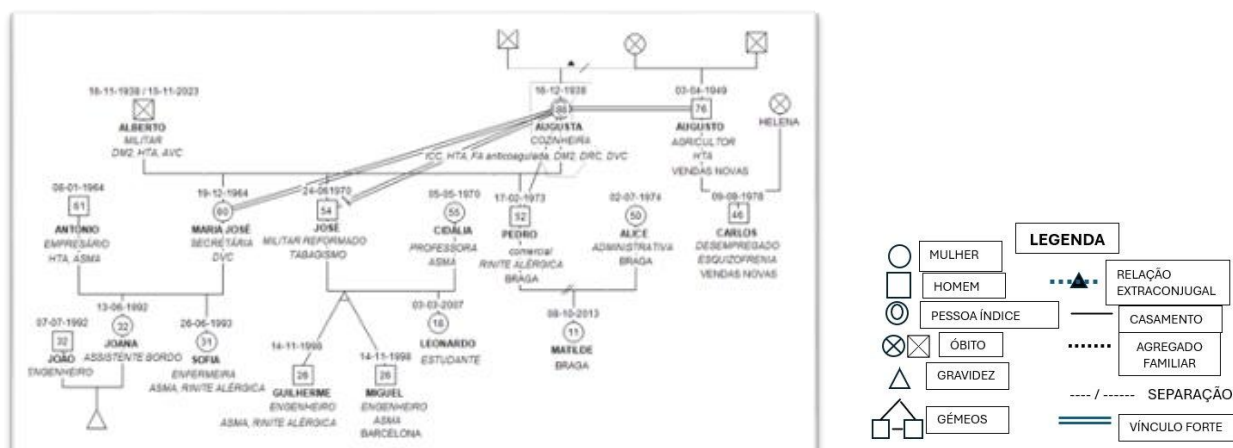
A Família Pereira tem um membro com ferida complexa, inscrita numa USF da Região de Lisboa e Vale do Tejo, alvo de cuidados de enfermagem em visita domiciliária. A família Pereira é constituída pela Sra. Augusta, a pessoa índice, numa família do tipo unitária, segundo o ciclo vital de Duvall, casada durante 59 anos e viúva há dois anos. Quanto à composição da família extensa, a Sra. Augusta tem três filhos (Maria José, José e Pedro), seis netos, e a neta mais velha Joana está grávida, motivo de grande satisfação. A Sra. Augusta tem como antecedentes pessoais: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Fibrilhação Auricular anticoagulada, Insuficiência Renal Crónica, Obesidade mórbida, Doença Venosa Crónica, Úlcera de Perna Venosa.

2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

A avaliação da dimensão estrutural diz respeito à estrutura da família, a identificação da composição, os vínculos que os diferentes membros da família Pereira estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). O genograma incide em três gerações familiares e ao incluir forças da família, e eventos de stress/críticos, além da composição familiar, permite uma visão geral da família, como instrumento de avaliação das necessidades da família (Figueiredo et al 2023). Trata-se, portanto, de uma família na fase “família com filhos adultos”, segundo Relvas, representada no genograma (Figura 1).

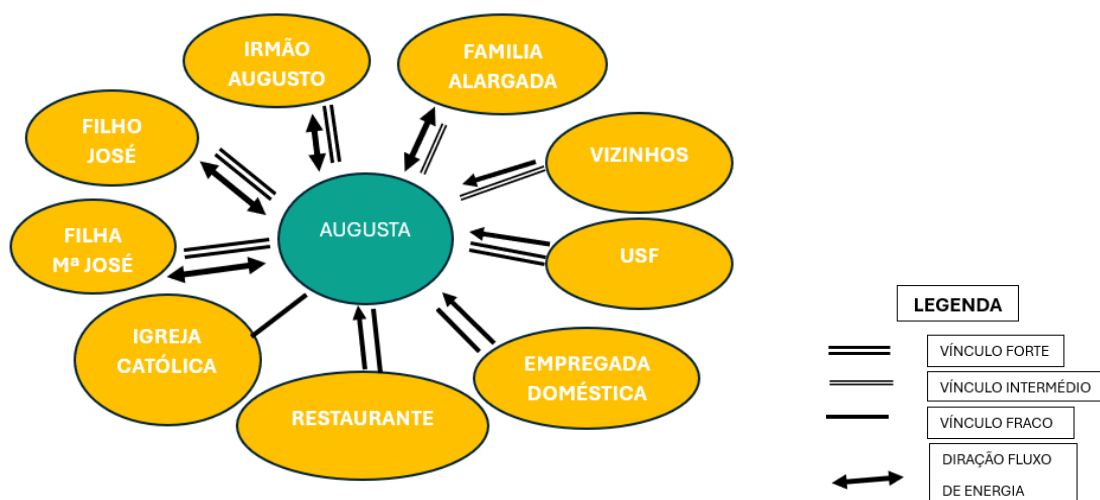
Figura 1 – Genograma da família



O ecomapa, através da relação entre os membros da família e os sistemas mais amplos, evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2023b).

No ecomapa (Figura 2), é de notar o vínculo forte que a Sra. Augusta mantém com os filhos Maria José e José, sendo estes um grande apoio (sic) e visitas diárias. Mantém um contacto telefónico diário com o filho Pedro que vive em Braga e a visita em dias festivos, e com o seu irmão Augusto que vive em Vendas Novas. Os netos Joana, Sofia, Guilherme e Leonardo visitam-na com uma regularidade semanal e a neta Matilde mensalmente. Com a família alargada mantém um vínculo moderado, sendo a relação bidirecional e equilibrada, uma vez que lhe agradam as visitas e laços de amor existentes entre todos. No ecomapa (Figura 2), são desenhadas linhas entre os recursos e a família representando a natureza dos vínculos afetivos (Wright & Leahey, 2002), e a indicação dos fluxos de energia, permite ter uma visualização da intensidade em termos energéticos do próprio vínculo.

Figura 2 – Ecomapa da família



A Sra. Augusta refere também que Maria José se torna mais presente do que os irmãos por ter um horário laboral mais flexível, quinzenalmente em teletrabalho, sendo ela ou o irmão José que está reformado, que a acompanham a consultas e exames. Maria José faz as compras semanais, gere as contas a pagar e trata do que for

necessário de assuntos domésticos. A família extensa costuma reunir-se nos dias festivos na casa de José, com filhos e netos presentes, sendo a fonte primordial de companhia social e apoio emocional. Quanto às noras e genro, a Sra. Augusta menciona ter uma “boa relação” (sic) com António e Cidália, tendo ficado triste com o divórcio de Pedro e Alice, e que não gostou da nora Alice “ter ficado com quase tudo”. A Sra. Augusta recebe visitas domiciliárias bissemanais da enfermeira de família para tratamento da sua ferida complexa (úlceras de perna venosa), além da visita da médica de família periodicamente para vigilância de doenças crónicas. No que diz respeito ainda aos sistemas mais amplos, de notar o vínculo fraco que mantém com um restaurante que lhe fornece diariamente as refeições, “porque tem de ser” (sic), uma vez que deixou de ter o fornecimento de refeições de um centro de dia porque também “enjoou a comida” (sic), e com a empregada doméstica que limpa a casa de 15 em 15 dias, numa relação unidirecional para com a Sra. Augusta. Existe uma presença assídua de visitas dos vizinhos do prédio com quem tem um vínculo intermédio, numa relação unidirecional, menciona que lhe fazem alguma companhia. Quanto às crenças religiosas, a Sra. Augusta diz ser católica, mas não frequenta a igreja de momento por dificuldades de locomoção, mas regularmente “ouve a missa na televisão”. A Sra. Augusta não concluiu uma educação formal, sabe ler e escrever algumas palavras, o seu rendimento familiar provém da sua pensão de viuvez do marido militar, com complemento de rendimentos através de ajuda dos seus filhos quando necessário. Menciona que trabalhou muito (sic), mas nunca fez descontos e não tem direito a reforma (sic), portanto quando é preciso os filhos providenciam com ajuda financeira.

Quanto ao edifício residencial, está em boas condições de conservação, não negligenciado. A Sra. Augusta Pereira vive num apartamento T3, de sua propriedade, num 1º andar sem elevador, com 3 lanços de escadas interiores. O apartamento tem um Toilete com apoio de elevador de sanita e barra de apoio na parede e um WC completo com duche adaptado e com barra de apoio. O apartamento tem boas condições de conforto, uma higiene cuidada, e possui aquecimento local com aquecedor elétrico e gás canalizado. O abastecimento de água é de água canalizada, e existe recolha regular de resíduos sólidos no bairro. A Sra. Augusta não tem animais domésticos. Na avaliação e caracterização da classe social, foi utilizada a escala de Graffar adaptada, tendo obtido um score de 20, família de grau II ~~ou seja~~ correspondendo a classe social média baixa.

2.2. Dimensão de desenvolvimento

Segundo Relvas (2000), a família Pereira encontra-se a viver a última etapa do ciclo vital, a da “família com filhos adultos”. Nesta etapa, os “filhos tornam-se cada vez mais autónomos e independentes, enquanto os próprios pais se tornam progressivamente mais dependentes” (Relvas, 2000, p.191”). Uma das tarefas da família nesta etapa, segundo Relvas (2000), é aprender a lidar com o envelhecimento, principalmente face às gerações mais idosas e posteriormente face ao próprio. Esta tarefa de redefinição das funções familiares associada a uma mudança nos laços de interdependência, conduz a uma mudança nos laços de interdependência entre as três gerações. Para Hanson (2005), o objetivo dos enfermeiros nesta fase do ciclo vital é trabalhar em parceria com a família, para manter o seu bom funcionamento, restaurando a saúde e reduzir ou evitar os efeitos da doença nos membros de maior idade. Nesta área de atenção do papel parental, identificaram-se exclusivamente forças, ou seja, o papel parental adequado. A Sra. Augusta mantém uma relação de grande proximidade com os filhos e netos principalmente, enquanto fonte de suporte emocional.

2.3. Dimensão funcional

No que comporta a apreciação da dimensão funcional, a Sra. Augusta apresenta limitações na sua mobilidade e necessidade de ajuda para concretizar algumas atividades de vida diárias (AVD's), tendo sido aplicada a escala de Barthel para avaliação do autocuidado, sendo dependente em grau moderado no autocuidado higiene, vestuário, atividade física, atividade recreativa e gestão do regime terapêutico (70).

Foram aplicadas a escala de Lowton e Brody para avaliação das atividades instrumentais da vida diária, a escala de classificação funcional da marcha de Holden, cujos resultados foram respectivamente de dependência moderada e de marcha independente em superfície plana (com andarilho). Na avaliação do risco de queda, pelo fato da Sra. Augusta se deslocar com um meio auxiliar de marcha (andarilho), e por ter apresentado uma queda nos últimos 3 meses, utilizou-se a escala de Morse que revelou um alto risco de queda (50). Na avaliação do risco de úlcera por pressão foi utilizada a escala de Braden, cujo resultado foi de alto risco de úlcera por pressão (16).

Tendo em conta que a filha Maria José é a principal cuidadora da Sra Augusta, os dados avaliativos revelaram um conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrados sobre Autocuidado Atividade recreativa, atividade física e gestão do regime terapêutico. No papel de prestador de cuidados, Maria José conhece o papel de prestador de cuidados e aceita-o como

natural, por ser a “filha mais velha” (sic). Quanto ao consenso de papel, tem conhecimento da dinâmica familiar e compreende que a mãe e os irmãos a considerem uma peça fundamental na gestão dos cuidados, ambas referem não haver conflitos familiares na prestação de cuidados.

Ainda que no âmbito do consenso e conflito de papel não tenham sido identificadas necessidades de cuidados, foram aplicados alguns instrumentos de avaliação do cuidador informal: o CAMI (Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades), o CASI (Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados). A aplicação da escala de sobrecarga do cuidador informal de Zarit, a fim de averiguar e identificar precocemente o nível de sobrecarga da filha Maria José, enquanto cuidadora informal, revelou um score de 70, o que indica a existência de sobrecarga ou saturação do papel de prestador de cuidados (Sequeira, 2010).

Através da utilização da escala de readaptação social de Holmes, na identificação de eventos familiares geradores de stress (Figueiredo, 2012), podemos afirmar que a família apresenta uma baixa probabilidade de incidência de doenças, pontuação de 123. Na avaliação da coesão e adaptabilidade da família Pereira, foi aplicada a escala de FACES II (Figueiredo, 2012), à Sra. Augusta e à filha Maria José, sendo os resultados de coesão familiar 6 e 5 respetivamente, e de adaptabilidade 6 em ambas. Trata-se de uma família com coesão ligada, adaptabilidade flexível e um tipo de família moderadamente equilibrada.

Quanto à avaliação da perceção de funcionalidade da família, foi aplicada a escala de APGAR Familiar de Smilkstein à Sra. Augusta e à filha Maria José, com os valores de 10 pontos e 8 pontos respetivamente, traduzindo uma família altamente funcional. Estas escalas “auxiliam na compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento familiar, respetivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade” da família (Figueiredo, 2012, p.99).

Na comunicação familiar, todos têm uma comunicação verbal e não verbal adequada, são claros e diretos no discurso. Relativamente ao coping familiar, existe consenso no papel preponderante de Maria José na distribuição de tarefas e resolução de problemas. Quanto à distribuição de papéis estão distribuídos da seguinte forma: papel de provedor, gestão financeira e recreativo desempenhados por Maria José e José; papel de cuidado doméstico Maria José e a empregada doméstica; papel de parente por toda a família.

Nas dimensões operativas da área de atenção processo familiar, nomeadamente comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica, verificou-se não existir necessidade de cuidados, sendo áreas consideradas como forças da família.

Relativamente às crenças relacionadas com os profissionais de saúde, a família recorre ao enfermeiro e médico de família, manifestam uma relação de proximidade e confiança, salientando o contributo na manutenção e recuperação da saúde, considerando-se satisfeitos com a relação. Seguem os padrões da cultura portuguesa no que diz respeito a hábitos e costumes.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a família.

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família Pereira

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
RENDIMENTO FAMILIAR INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a filha prestadora de cuidados sobre existência de subsídios de apoio a idosos; - Incentivar à solicitação dos subsídios a que tenha direito - Orientar a família para serviços sociais - técnicas de serviço social do Gabinete de apoio ao cuidador informal do município; - Encorajar a usar os serviços da comunidade; - Promover a gestão do rendimento familiar;
<i>Dimensão funcional</i>	
<p>PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO ADEQUADO</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Conhecimento do papel/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado e Comportamentos de adesão Não demonstrado sobre <i>Autocuidado Atividade recreativa e Atividade física</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a filha sobre a importância de estimular a independência e de manter atividades de lazer; - Motivar a filha para aquisição de tablet com jogos e possibilidade de videochamadas para familiares; - Ensinar a filha sobre padrão de exercício adequado ; - Incentivar à participação em “programa de voluntariado para companhia à pessoa idosa” da iniciativa da câmara municipal - Incentivar à participação no programa “PEDALARSEMIDADE” local (passeios gratuitos a seniores e pessoas com mobilidade reduzida em atrelado de bicicleta);
<p>PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO ADEQUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a filha sobre regime alimentar, medicamentoso e de atividade física;

<p>Conhecimento do papel/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado e Comportamentos de adesão Não demonstrado sobre Autocuidado Gestão do Regime terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir à filha um caderno junto da utente para atualizar informações ou dúvidas, como meio de articulação dos cuidados entre irmãos e com a USF; - Ensinar a filha sobre a fisiopatologia da doença (infecção respiratória) e sobre medidas de prevenção de complicações; - Solicitar o apoio de fisioterapia para realizar cinesioterapia; - Motivar a filha a promover a ingestão nutricional adequada; - Incentivar o reforço nutricional com um suplemento de arginina como auxiliar no processo de cicatrização;
<p>PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS NÃO ADEQUADO - Saturação de Papel SIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre recursos comunitários disponíveis; - Incentivar a aceder ao Programa de apoio ao cuidador informal do município; - Sugerir a frequência do Centro de Dia Local; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover o envolvimento e suporte familiar; - Motivar e Negociar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; - Identificar atividades e estratégias redutoras do stress - Promover a participação em atividades lúdicas e de relaxamento

Neste sentido foi identificado e analisado na dinâmica da família Pereira o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. Para dar resposta a diversos problemas/diagnósticos, foi realizada uma análise sobre os recursos quer internos, quer externos à família, necessários para atender às suas necessidades de saúde, facilitando a aquisição dos mesmos. Esta aquisição de recursos foi efetuada após levantamento de direitos estatais e recursos da comunidade envolvente da família Pereira com a apresentação de diversas opções de apoio através da articulação de alguns desses recursos por intermédio da equipa multidisciplinar da USF, da URAP e do município.

Por outro lado, para promover a capacitação da família Pereira face à sua situação familiar foram apresentadas recomendações baseadas na evidência científica, nomeadamente no que diz respeito às intervenções no âmbito da gestão do regime terapêutico. Assume-se que a busca de sentido para o cuidador informal na sua trajetória de cuidar é fundamental para o seu processo de autocuidado e será promotora de estratégias para a permanência do papel, bem como para a manutenção da sua saúde.

4. GANHOS EM SAÚDE

O MDAIF enfatiza o diálogo empático, em vez da materialização do outro, o EESC-ESF, ao perspetivar a pessoa como corpo-sujeito, permite-se auxiliar a família a refletir sobre como as experiências corporais são vividas, com sentido pessoal e em rede relacional e como isso afeta a dinâmica familiar. O genograma e ecomapa demonstram uma rede familiar coesa, com apoio dos filhos (especialmente Maria José e José), e uma relação equilibrada com a família extensa. Com os vizinhos e recursos comunitários (restaurante, empregada doméstica), mantém vínculos funcionais, embora mais frágeis. Existe uma adaptação progressiva à dependência da Sra. Augusta, com a filha como cuidadora principal, contudo esta apresenta uma sobrecarga significativa. A presença ativa de uma cuidadora principal permitiu a implementação de estratégias direcionadas, mas levantou a necessidade urgente de redistribuição de papéis familiares e de apoio institucional à cuidadora informal. A sobrevalorização de Maria José como cuidadora, promoveu a reflexão da família para a sustentabilidade do apoio familiar.

O plano de cuidados foi construído em colaboração com a família e assentou na promoção de competências, reforço dos recursos internos e articulação com apoios externos, tal como referenciado por Jorge et al (2021). As intervenções sugeridas foram realistas e integradas na realidade sociocultural portuguesa – como o uso de programas municipais (ex: “Pedalar Sem Idade” e voluntariado) e reforçada a articulação com a USF, através da utilização do “caderno de recados”, enquanto estratégia de continuidade de cuidados.

A validação dos diagnósticos formulados em conjunto, com a envolvência da família e confiança no enfermeiro de família, e as intervenções promotoras de mudança, permitiram encontrar estratégias para melhoria do rendimento familiar e para o desempenho do papel de prestador de cuidados com diminuição da sobrecarga do papel de prestador de cuidados, e ganhos em saúde. A aplicação de escalas como a de Zarit e o encaminhamento para o Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal foram ações adequadas e necessárias.

O EESC-ESF, devido à sua proximidade e conhecimento direto, é o profissional mais habilitado para analisar e atuar junto ao núcleo familiar, favorecendo o bem-estar e proporcionando à família ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde - ACCS (2025). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Consultado a 26 de abril de 2025. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Almeida, W. A. de, Ferreira, A. M., Ivo, M. L., Rigotti, M. A., Barcelos, L. da S., & Viera da Silva, A. L. N. (2018). Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 9–16. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.9-16>

Almeida, V. K. F. M. de, & Marinho, P. H. C. (2022). Feridas crônicas: dificuldades e facilidades encontradas pela enfermagem na execução do tratamento. *Rev. Multi.Sert*, 4(3), 303–311. <https://revistamultisert1.websiteseuro.com/index.php/revista/article/view/442>

Assis, B. F., Vieira, C. de L. J., Diogo, C. M. santos, Alves, M., Souza, A. da silva, & Gonçalves, S. J. da C. (2022). Os desafios da enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária à saúde. *Revista Pró-Universus*, 13(2), 29–32. https://www.researchgate.net/publication/367067807_desafios_da_enfermagem_no_cuidado_de_feridas_na_atencao_primaria_a_saude

Atkin L, Bućko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, Romanelli M, Schultz GS, Tettelbach W. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care* 2019; 28(3 Suppl 3):S1–S49 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835604/>

Bandeira, L. A., Santos, M. C. dos, Duarte, Ê. R. M., Bandeira, A. G., Riquinho, D. L., & Vieira, L. B. (2018). Social networks of patients with chronic skin lesions: nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 652–659. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0581>

Camarena, J. M. T., Blanco, M. À. H., Sansano, N. D., Lluch, M. T., Aran, L. R. L., & Llobet, M. P. (2022). Nursing interventions to reduce the overload on informal caregivers. Systematic review of clinical trials. *Enfermeria Global*, 21(4), 575–586. <https://doi.org/10.6018/eglobal.502351>

Carrondo, E., Paulino, M., & Mendes, R. (2022). A sobrecarga do cuidador informal e o seu estado de humor. *Egitania Scientia*, 30, 67–84.

Carvalho, E. S. de S., Sadigursky, D., & Viana, R. (2016). O Significado da Ferida para as Pessoas que a Vivenciam. *Estima*, 4(2). <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/20>

Chibante, C. L. de P., Santo, F. H. do E., Santos, T. D. dos, Porto, I. S., Daher, D. V., & Brito, W. de A. P. de. (2017). Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 21(2). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170036>

Cronemberger, G. L., & Sousa, R. C. de. (2023). Caring for dependent older adults and their caregivers: a challenge for societies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(3), 957–958. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.07032022en>

Diário da república (2018). Regulamento n.o 428/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Elaine Galdeano, L., Aparecida Rossi, L., Maria Fontão Zago, M., & MMF Roteiro, Z. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. 3(11), 371–375. www.eerp.usp.br/rlaenf

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1a). Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023a). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde familiar* (1st ed., pp. 383–391). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H. (2023b). *Ecomapa*. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 350–352). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M.C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *VI(2)*, 102–107. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2025). PORDATA, Consultado a 26 abril 2025. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2nd ed.). Lusociência.

Jorge, H., Silva, C., Pinto, C., Almeida, A., & Mendes Pedro, L. (2021). Novos paradigmas no tratamento das feridas complexas. *Angiologia e Cirurgia Vascular Journal*, 17(2), 125–133. www.acvjournal.com

Martinengo, L., Olsson, M., Bajpai, R., Soljak, M., Upton, Z., Schmidtchen, A., Car, J., & Järbrink, K. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Annals of Epidemiology*, 29, 8–15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30497932/>

Menoita, E. (2018). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.

Menoita, E. (2025a). Cicatrização das Feridas Complexas. In E. Menoita (Ed.), *Gestão de Feridas Complexas* (2nd ed., pp. 49–70). Sabooks Editora.

Menoita, E. (2025b). Avaliação da Pessoa com Ferida Complexa. In E. Menoita (Ed.), *Gestão de Feridas Complexas* (2nd ed., pp. 213–288). Sabooks Editora.

Menoita, E. (2025c). Preparação do Leito da Ferida. In E. Menoita (Ed.), *Gestão de Feridas Complexas* (2nd ed., pp. 289–297). Sabooks Editora.

Menoita, E., & Costa, D. (2025). Qualidade de Vida da Pessoa com Ferida Complexa. In E. Menoita (Ed.), *Gestão de Feridas Complexas* (2nd ed., pp. 159–168). Sabooks Editora.

Miranda, L. S. G., Amado, J. D. N., & Alves, P. J. P. (2023). Feridas complexas: abordagem por equipa multidisciplinar. Uma scoping review. *Revista Nursing*, 26(306), 10030–10037. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3160>

Moffatt, C., Vowden, P., Price, P., & Vowden, P. (2008). Psychosocial factors and delayed healing. In C. Moffatt & P. Vowden (Eds.), *Hard-to-heal-wounds: a holistic approach* EWMA POSITION DOCUMENT. EWMA. <https://woundsinternational.com/best-practice-statements/hard-heal-wounds-holistic-approach-ewma-position-document/>

Nascimento, E. G. R. do, Macêdo, G. G. C., Alexandrino, A., Cardins, K. K. B., Souza, F. T. de, & Nogueira, M. F. (2020). Percepção da qualidade de vida de idosos com ferida crônica. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 8(3), 359. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i3.4010>

Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família* (2nd ed.). Edições Afrontamento.

Resende, N. M., Nascimento, T. C., Lopes, F. R. F., Junior, G. P., & Souza, N. M. (2017). Cuidado de pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 99–108.

Rodrigues, R., & Cardoso, D. (2022). Prática baseada na evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: teoria e Prática* (pp. 227–244). Lidel - Edições Técnicas.

Sequeira, C. A. da C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. II série(12), 9–16. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

Sousa, M. B. V. de, Bezerra, A. M. F. de A., Vieira Costa, C., Bispo Gomes, E., Aleixo da Fonseca, H. T., Borges Quaresma, O., Baena Júnior, O. R. G., Medeiros Costa, S. D., Costa Loureiro, S. P. S. da, & Messias da Silva, S. (2020). Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 48, e3303. <https://doi.org/10.25248/reas.e3303.2020>

Taidouch, A., Crouwers, M.-J., & Spigt, M. (2021). Complex wound care by a nurse practitioner in primary care: a quality improvement evaluation on healing rates, costs and patient satisfaction. *British Journal of Community Nursing*, 26, S14–S21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34881648/>

Tolfo, G. R., Lohmann, P. M., Costa, A. E. K. da, & Marchese, C. (2020). Atuação do enfermeiro no cuidado de feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e489974393. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4393>

Vains, A. S., & Finlayson, K. (2022). How generalist nurses inform their clinical decision-making in wound management: a scoping review. In *Wound Practice and Research* (Vol. 30, Issue 2, pp. 112–118). Cambridge Media. <https://doi.org/10.33235/wpr.30.2.112-118>

Wright, L.M.& Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias- Um guia para a intervenção na família (3ªed.). Editora Roca Ltda.

Yin, R. K. (2001). Estudo de caso - Planejamento e métodos (Bookman, Ed.; 2nd ed.). Bookman. http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/74304716/3-YIN-planejamento_metodologia.pdf

9. Família na transição para a parentalidade

Mariana Martins, Eunice Gil & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família Antunes é composta por um casal de jovens naturais do Brasil, pela avó materna (mãe da jovem) e pela recém-nascida, fruto do relacionamento do casal. Esta estrutura familiar multigeracional reside atualmente em Portugal.

O casal conheceu-se em 2023, poucos meses após a jovem ter migrado com a mãe para Portugal, com o propósito de prosseguir os estudos, na sequência do divórcio dos seus progenitores. Em janeiro de 2024, a jovem, com 17 anos de idade, iniciou um relacionamento afetivo com o atual companheiro. Em outubro do mesmo ano, descobriu que se encontrava grávida. Tratou-se de uma gravidez não planeada, embora desejada por ambos os membros do casal.

A revelação da gravidez à mãe da jovem ocorreu ainda no mês de outubro. A reação inicial da avó materna refletiu preocupações quanto à idade da filha e à possível interferência da maternidade precoce na conclusão do percurso académico. Contudo, posteriormente, verbalizou grande satisfação com o nascimento da neta, expressando: “ganhei medo pela idade dela, pois estava a estudar e achei que depois podia ser mais difícil terminar os estudos, mas agora estou muito bem, muito feliz com o nascimento da primeira neta” (sic, G.).

A gestação decorreu até às 40 semanas e 6 dias, culminando no nascimento de uma recém-nascida no dia 5 de junho de 2025, através de parto distócico com recurso a ventosa. A bebé nasceu com peso de 3.480 gramas, comprimento de 50 centímetros e índices de Apgar de 9/10/10, sem intercorrências clínicas relevantes durante o internamento. Mãe e filha tiveram alta hospitalar ao segundo dia pós-parto.

No dia 9 de junho de 2025, a família dirigiu-se à Unidade de Saúde Familiar (USF) para a primeira avaliação ponderal da recém-nascida e para a realização da colheita de sangue no âmbito do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Durante a consulta, foram identificadas dificuldades no estabelecimento de uma amamentação eficaz, nomeadamente na realização da pega. A mãe demonstrou elevada motivação para o aleitamento materno exclusivo, afirmando: "Eu só quero dar peito para a minha filha. Nada de chupetas, nem de biberão. O meu leite é o melhor que lhe posso dar, mas não estou a conseguir colocar a minha bebé para mamar. Tem a fralda seca desde ontem à noite" (sic).

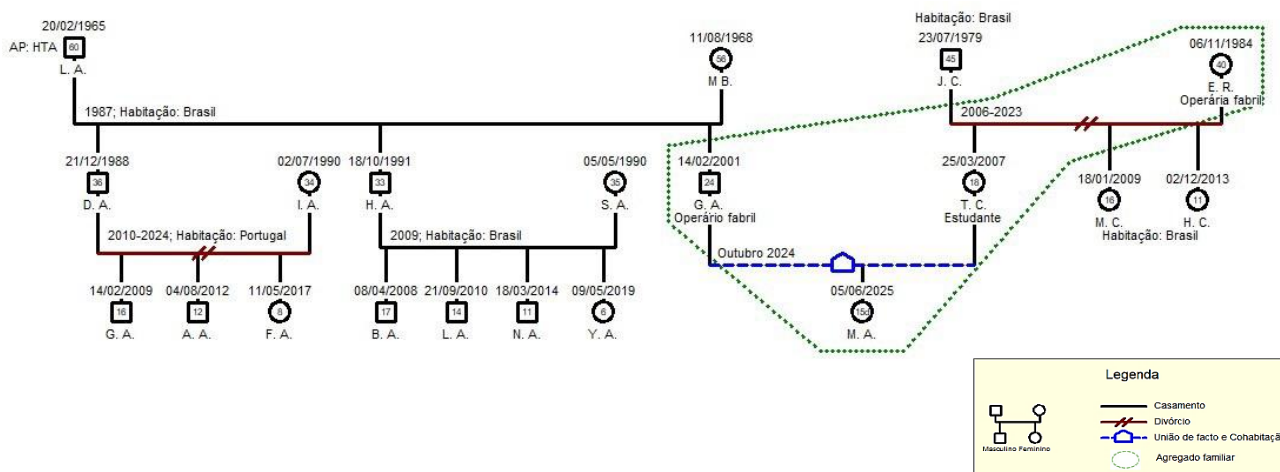
Este relato indicia um potencial risco de desidratação e/ou hipoglicemia neonatal, associado a dificuldades na amamentação, que requer acompanhamento célere e orientação especializada. A situação evidenciou ainda a importância da intervenção de enfermagem na promoção do aleitamento materno, no apoio à parentalidade jovem e na prevenção de complicações neonatais e psicossociais associadas à parentalidade em idade jovem.

2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

A avaliação da dimensão estrutural diz respeito à estrutura da família, a identificação da composição, os vínculos que os diferentes membros da família Pereira estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). O genograma incide em três gerações familiares e ao incluir forças da família, e eventos de stress/críticos, além da composição familiar, permite uma visão geral da família, como instrumento de avaliação das necessidades da família (Figueiredo et al 2023).

Figura 1 – Genograma da família Antunes



Em 2023, após o divórcio dos pais de Tatiane, a jovem, então com 18 anos, estudante, migrou para Portugal com a sua mãe, Eduarda, de 40 anos, operária fabril. As suas irmãs, Mariana (16 anos) e Helena (11 anos), permaneceram a residir no Brasil com o pai, Jorge, de 45 anos. As idades indicadas referem-se ao ano corrente (2025). O companheiro de Tatiane, Gabriel, de 24 anos, também de nacionalidade brasileira, reside em Portugal há cerca de quatro anos, juntamente com o agregado familiar do seu irmão mais velho, Daniel, de 36 anos, que vive com os seus filhos Gonçalo, André e Fabiana, de 16, 12 e 8 anos, respetivamente, na sequência do divórcio de Daniel em 2024. Os pais de Gabriel, Luís (60 anos), com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, e Marilena (56 anos), residem no Brasil, onde vivem também o outro irmão, Henrique, com a sua esposa e quatro filhos, com idades entre os 6 e os 17 anos. Tatiane e Gabriel iniciaram o relacionamento no final de 2023. Em outubro de 2024, Tatiane descobriu que se encontrava grávida, aos 17 anos. Tratou-se de uma gravidez não planeada, embora desejada por ambos. Nesse mesmo mês, Gabriel passou a residir com Tatiane e Eduarda, configurando uma transição de uma estrutura familiar monoparental para uma família alargada multigeracional.

A 5 de junho de 2025 nasceu Manuela, primeira filha do casal, oitava neta do lado paterno e primeira neta do lado materno. De acordo com dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2022), em 2020 cerca de 14% dos partos no Brasil ocorreram entre adolescentes com menos de 19 anos, o que representa aproximadamente 380.000 nascimentos. Tal dado contextualiza este caso, uma vez que a maternidade adolescente, embora menos prevalente em Portugal, assume maior expressão nas dinâmicas familiares brasileiras. A análise do genograma da família Antunes demonstra que todas as mulheres da linha materna foram mães em idade jovem, entre os 18 e os 22 anos, grupo etário definido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) como população jovem (15–24 anos).

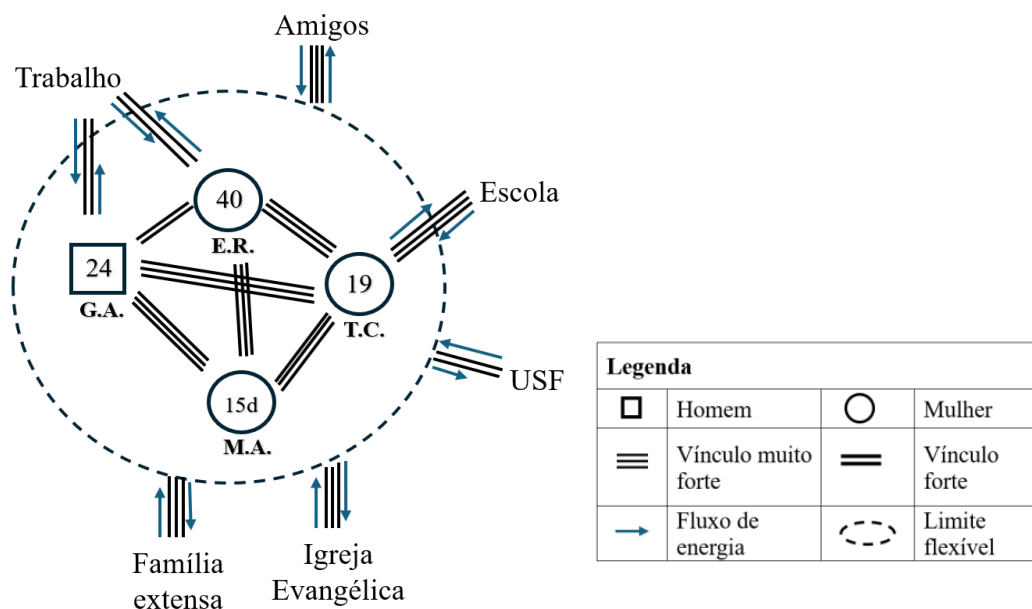
A família revela uma rede de apoio sólida, composta por amigos próximos, família extensa e pela comunidade da Igreja Evangélica, com a qual mantêm uma ligação forte e bidirecional. Entre as crenças culturais, destacam-se o respeito pelas gerações mais velhas, a importância da oração, e a orientação por valores espirituais: “seguimos o que Deus transmite pelo nosso Pastor” (sic).

Em termos de crenças em saúde, Gabriel acrescenta: “quando temos de decidir coisas mais importantes sobre a nossa saúde, ouvimos sempre os nossos pais, falamos entre nós dois, com o nosso Pastor e por vezes com alguns amigos mais chegados, que fazem parte da nossa Igreja. Conversamos muito antes de tomarmos decisões” (sic).

A relação com os profissionais da Unidade de Saúde Familiar (USF) é caracterizada como próxima e de confiança, promovendo segurança no acesso aos cuidados de saúde. Em contexto laboral, tanto Gabriel como Eduarda referem fortes vínculos afetivos e apoio mútuo com os colegas e superiores. Tatiane demonstra também uma forte ligação com o contexto escolar, verbalizando: “quero terminar os estudos, gosto de estudar e aprender mais” (sic).

A coabitação com Eduarda tem sido essencial no apoio à parentalidade jovem. Gabriel reconhece esse suporte, afirmando: “é muito bom ter o apoio da mãe da Tatiane. Ao início ficou apreensiva com a gravidez, mas aceitou e nos ajudou em tudo. Ela trabalha, mas deixa as refeições prontas, cuida da roupa e nos apoia muito” (sic). A habitação é classificada no grau 3 da escala de Graffar, tratando-se de uma moradia unifamiliar em zona urbana, com boas condições de habitabilidade: três quartos, uma casa de banho, sala com lareira, gás canalizado e água da rede pública. A família demonstra conhecimento sobre o uso seguro da lareira e não possui animais domésticos. Por limitações logísticas, não foi possível realizar a visita domiciliária, recomendada para a primeira consulta, o que inviabilizou uma avaliação direta do espaço habitacional (Melo, 2021).

Figura 2 – Ecomapa da família Antunes



2.2. Dimensão de desenvolvimento

A avaliação realizada ao casal permitiu identificar o diagnóstico de Satisfação conjugal mantida, com evidência de relação dinâmica funcional, comunicação eficaz e interação sexual satisfatória. Estes indicadores foram observáveis através da escuta ativa, da análise do discurso dos elementos do casal e da forma como interagem, comunicam e se apresentam enquanto unidade relacional. Tatiane e Gabriel descrevem uma relação assente na confiança mútua, apoio emocional e respeito pelas diferenças de opinião, elementos que sustentam um vínculo conjugal saudável: "Confiamos muito um no outro, falamos sobre tudo e nos apoiamos. Podemos ter opiniões diferentes, mas não ficamos bravos um com o outro" (sic).

A presença de Eduarda, mãe de Tatiane, no agregado familiar, é percebida pelo casal como uma fonte de segurança e suporte no quotidiano, sobretudo desde o nascimento de Manuela. Eduarda assegura a confeção das refeições e o tratamento da roupa, contribuindo para o bem-estar do casal: "É a minha mãe quem trata da roupa e das refeições. Nos tem ajudado muito nessa fase" (sic, Tatiane). Ambos os elementos do casal encontram-se atualmente em licença de parentalidade, o que tem favorecido a partilha das tarefas domésticas e o fortalecimento da relação conjugal.

Relativamente à dimensão sexual, os elementos do casal reconhecem a importância da sexualidade para além do contacto físico, associando-a ao afeto, ao amor e à intimidade emocional. Tatiane afirma: "Nos amamos muito e a sexualidade também é isso", enquanto Gabriel demonstra consciência do período de recuperação pós-parto da companheira: "Ela ainda está machucada do nascimento da nossa menina, mas sabemos que temos de ter cuidado, também nos disseram lá na maternidade do hospital" (sic).

No que respeita ao foco diagnóstico de Planeamento Familiar, a avaliação conjunta indicou que o casal apresenta planeamento familiar não eficaz, com os seguintes subdiagnósticos: uso de método contraceptivo não adequado e conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez não demonstrado. Tatiane reconheceu ter utilizado anteriormente contraceção oral, embora com falhas de adesão: "Antes tomava a pílula, mas esquecia muitas vezes de tomar". Acrescenta ainda: "Agora ainda não tinha pensado nisso. Ainda estou muito machucada por baixo, então ainda não voltámos a ter relações sexuais. Mas vamos então conversar em casa, para depois pensarmos no que escolher" (sic).

Ambos expressam o desejo de ter mais filhos no futuro, mas admitem não possuir conhecimentos suficientes sobre os diferentes métodos contraceptivos disponíveis, nem sobre a importância da vigilância pré-concepcional. Apesar de evidenciarem conhecimento sobre reprodução e ausência de indicadores de fertilidade

comprometida, a ausência de planeamento sistemático e informado justifica a classificação do planeamento familiar como não eficaz.

Estes achados reforçam a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), no sentido de capacitar o casal em literacia em saúde sexual e reprodutiva, promover a tomada de decisão informada e corresponsável e assegurar a prevenção de gravidezes não planeadas em momentos indesejados do ciclo vital familiar (BI-CSP, 2022).

No que diz respeito ao foco do Papel Parental, a avaliação permitiu identificar o diagnóstico de papel parental não adequado, sustentado pelo subdiagnóstico conhecimento do papel parental (recém-nascido a idade escolar) não demonstrado. Ainda que o casal revele comportamento de adesão adequado, consenso de papéis e ausência de conflito ou saturação de papéis, foram identificadas diversas lacunas de conhecimento relativas aos cuidados a prestar ao recém-nascido.

Entre as dificuldades identificadas destacam-se: desconhecimento quanto aos cuidados adequados ao coto umbilical (nomeadamente a aplicação de álcool, prática desaconselhada em Portugal), dúvidas quanto ao alívio das cólicas, rotina do banho, padrões de sono, possibilidade de saídas com a recém-nascida, prevenção de acidentes e vigilância em saúde. Um exemplo de prática insegura observada foi a colocação do sistema de retenção da bebé sobre uma cadeira, aquando da entrada no gabinete da consulta, situação prontamente esclarecida pela equipa de enfermagem.

No entanto, uma força identificada logo na primeira consulta (quando Manuela tinha apenas quatro dias de vida) foi o conhecimento demonstrado pelo casal relativamente ao aleitamento materno, ainda que apresentassem dificuldades técnicas iniciais, como uma pega ineficaz. A intervenção focou-se na correção da técnica, na promoção do contacto precoce e no envolvimento ativo de Gabriel no processo de amamentação, reforçando o papel coparental e a capacitação partilhada.

Neste contexto, a atuação do EEESF revelou-se essencial na promoção de competências parentais, na criação de espaços de escuta e esclarecimento de dúvidas, e no reforço da autoestima parental de um casal jovem em fase de transição. Trata-se de uma intervenção promotora de saúde e coesão familiar, centrada nos princípios de empoderamento e parceria terapêutica.

2.3. Dimensão funcional

No que comporta a apreciação da dimensão funcional, a Sra. Augusta apresenta limitações na sua mobilidade e necessidade de ajuda para concretizar algumas atividades de vida diárias (AVD's), tendo sido aplicada a escala de Barthel para avaliação do autocuidado, sendo dependente em grau moderado no autocuidado

higiene, vestuário, atividade física, atividade recreativa e gestão do regime terapêutico (70).

solicitou-se ao casal o preenchimento de instrumentos de avaliação familiar: Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe - G. score 174; T. score 190: Menor probabilidade de incidência de doenças; FACES II - Coesão: família muito ligada; Adaptabilidade: Muito flexível; Tipo de Família: Equilibrada – score 7; e Apgar Familiar De Smilkstein - G. – score 10; T. – score 10. Resultado: Família altamente funcional. Embora fosse importante a avaliação efetuada também pela Sr.^a E., a mesma não foi possível, por motivos de incompatibilidade horária laboral, conforme mencionado anteriormente.

Recorrendo ao guião apreciativo do MDAIF, com foco no processo familiar não disfuncional, foi possível compreender que o G. é quem expressa mais os seus sentimentos, embora todos os elementos da família tenham iniciativa de procura de resolução de problemas, existindo uma comunicação emocional, verbal, não verbal e circular eficazes, sentindo-se satisfeitos pelo modo como abordam os problemas, assumindo um *coping* familiar eficaz.

Eduarda assume o papel de provedora e de cuidado doméstico, aliado ao de gestão financeira, enquanto o Gabriel e Tatiane desempenham o papel recreativo. A família extensa o papel de parente, pelo que se assume uma interação de papéis eficaz e não conflitual, com uma relação dinâmica não disfuncional. tratando-se de uma família muito ligada, muito flexível, equilibrada e altamente funcional (Escala de FACES II e Apgar Familiar De Smilkstein).

Acresce o facto de ser uma família evangélica, que assume presença assídua na Celebração aos domingos, regida por valores como a fé, amor, respeito, gratidão, humildade e perdão; e por crenças espirituais como a importância da família, fidelidade e respeito, “agradecemos a Deus todos os dias” (sic, G. e T.), avaliada com subdiagnóstico de interação de papéis eficaz e não conflitual.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma. Este PCE encontra-se estruturado em 3 consultas de enfermagem de saúde familiar, onde se abordam os diagnósticos que foram identificados ao longo do guião apreciativo do MDAIF.

Embora se tenha dado mais enfoque às intervenções e atividades dirigidas à amamentação surgem, inerentes ao desenvolvimento infantil, dúvidas dos pais que

devem ser atendidas pelo EEESC-ESF por forma a capacitá-los, tornando-os mais despertos para as tomadas de decisões em saúde da sua filha. (Tabela 1).

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
<p>PROCESSO FAMILIAR NÃO DISFUNCIONAL - <i>Coping</i> familiar eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o envolvimento da família (envolver a avó materna) e rede de apoio (amigos e elementos significativos da comunidade Evangélica); - Promover estratégias de coping na família.
<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA: - relação dinâmica disfuncional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar significado atribuído à intimidade na fase atual do ciclo familiar (<i>coping</i> cognitivo e emocional). - Promover o diálogo aberto sobre expectativas e necessidades sexuais. - Reforçar a normalização das mudanças temporárias no desejo e ritmo sexual. - Incentivar o resgate gradual de momentos de proximidade física e afetiva.
<i>Dimensão Funcional</i>	
<p>PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO - Conhecimento do papel não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar os pais sobre aleitamento materno; - Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno (A.M.); - Promover ambiente favorável ao A.M. (privacidade, conforto e tempo adequado durante e entre mamadas); - Gerir e instruir os pais acerca de complicações do A.M.; - Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica; - Monitorizar eficácia do A.M.; - Ensinar os pais sobre padrão de eliminação adequado à recém-nascida; - Ensinar os pais sobre quando requerer serviço de ESF (em caso de complicações no A.M.); - Realizar conferência familiar.

Para dar resposta aos problemas/diagnósticos, foi realizada uma análise sobre os recursos quer internos, quer externos à família, necessários para atender às suas necessidades de saúde, facilitando a aquisição dos mesmos. Esta aquisição de recursos foi efetuada após levantamento de direitos estatais e recursos da comunidade envolvente da família Pereira com a apresentação de diversas opções de apoio através da articulação de alguns desses recursos por intermédio da equipa multidisciplinar da USF, da URAP e do município.

Por outro lado, para promover a capacitação da família Pereira face à sua situação familiar foram apresentadas recomendações baseadas na evidência científica, nomeadamente no que diz respeito às intervenções no âmbito da gestão do regime terapêutico. Assume-se que a busca de sentido para o cuidador informal na sua trajetória de cuidar é fundamental para o seu processo de autocuidado e será promotora de estratégias para a permanência do papel, bem como para a manutenção da sua saúde.

4. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção junto da Família Antunes permitiu identificar e consolidar múltiplos ganhos em saúde, integrados num processo de transição para a parentalidade jovem, marcado por desafios técnicos, emocionais e culturais. A atuação focada no aleitamento materno destacou-se como prioridade, dado o desejo explícito do casal em garantir o aleitamento exclusivo e as dificuldades iniciais na técnica de pega.

Apesar da dor materna e da frustração associada, o casal demonstrou literacia sobre os benefícios do leite materno, revelando-se motivado e comprometido com o processo. A intervenção da equipa de enfermagem, com enfoque na capacitação prática e envolvimento do pai, permitiu corrigir a técnica, aliviar o desconforto e promover uma amamentação eficaz. Esta melhoria foi validada por ganhos objetivos, como o aumento ponderal da recém-nascida (370 g em 8 dias) e a normalização do padrão de eliminação.

A par do reforço da autonomia parental, observou-se um aumento significativo da confiança e vinculação com a equipa de saúde, bem como o fortalecimento da comunicação entre os elementos do casal. A abordagem centrada na família e culturalmente sensível, atenta às crenças religiosas e à relevância da rede comunitária evangélica, permitiu respeitar as especificidades do contexto sociocultural, promovendo decisões partilhadas e alinhadas com os valores familiares.

A melhoria da literacia em saúde foi igualmente visível em componentes do cuidado infantil, como a higiene, sono, prevenção de acidentes e cuidados ao coto umbilical.

A construção de rotinas seguras, o envolvimento ativo do pai e a valorização da rede de apoio familiar e comunitária traduziram-se em ganhos afetivos, cognitivos e comportamentais.

Em síntese, os principais ganhos em saúde identificados incluem: Amamentação eficaz com técnica de pega adequada; Aumento da confiança do casal e expressão positiva das emoções; Reforço da literacia em saúde e do vínculo com a equipa da USF; Fortalecimento das rotinas parentais e de autocuidado; Valorização da cultura familiar e das redes de apoio comunitárias; Promoção da autonomia e empoderamento parental.

Estes resultados evidenciam a importância de uma abordagem contínua, sensível ao ciclo vital e às crenças familiares, onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na mediação entre família, saúde e comunidade, promovendo uma parentalidade informada, segura e culturalmente congruente.

BIBLIOGRAFIA

André, T. G., & Renovato, R. D. (2020). Caso clínico como estratégia de ensino aprendizagem na farmacologia: percepção dos graduandos em enfermagem. *Revista Ciências & Ideias*, 11, 38-47. <https://doi.org/10.22407/2176-1477/2020.v11i3.1296>

Bernard, J. Y., Cohen, D., Gaspar, A. M., & Oken, E. (2020). Maternal religion and breastfeeding intention and practice in the US Project Viva cohort. *Birth*, 47(1), 99–107. <https://doi.org/10.1111/birt.12477>

BI-CSP (2022). *Planeamento Familiar – Manual de Boas Práticas – USF Cartaxo Terra Viva*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/933/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20III%20-%20Planeamento%20Familiar.pdf>

BI-CSP (2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/933/30032/3141675/Pages/default.aspx>

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

de Oliveira, M. Z., & Ferreira-Pêgo, C. (2022). Fatores que influenciam a duração do aleitamento materno entre mães portuguesas. *Biomedical and biopharmaceutical research: jornal de investigação biomédica e biofarmacêutica*, 19(1), 1-12.

Direção-Geral da Saúde (Ed.). (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar (2ª ed.)*. Lidel Edições Técnicas.

Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS—Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.

Freitas, G., Marques, J.G., Santos, L.A., Vaz, L.R., Calé, M.E., Fernandes, T. (2020). Programa Nacional de Vacinação. Direção-Geral da Saúde.

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil (2022). Apesar de redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia#:~:text=Apesar%20de%20redu%C3%A7%C3%A3o%20Brasil%20ainda%20apresenta%20dados,era%20de%2014%2C7%25%20e%2015%2C5%25%20em%202018.>

Green, J., Hanckel, B., Petticrew, M., Papparini, S., & Shaw, S. (2022). Case study research and causal inference. *BMC medical research methodology*, 22(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01790-8>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Taxa de jovens com idade entre 15 e 34 anos não empregados que não estão em educação ou formação (Série 2011 - %). Acedido em https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0007475&lingua=PT

Leininger M. (2007). Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing science quarterly*, 20(1), 9–13. <https://doi.org/10.1177/0894318406296784>

Leininger, M. (2008a). Advances in Contemporary Transcultural nursing. *Contemporary Nurse Journal* 28(2), iii-v. <http://www.contemporarynurse.com/archives/vol/28/issue/1-2/advances-in-contemporary-transcultural-nursing>

Leininger, M. (2008b). Overview of Leininger's theory of culture care diversity and universality. <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>

Lucchini-Raies, C., Marquez-Doren, F., Perez, J. C., Campos, S., Beca, P., & Lopez-Dicastillo, O. (2023). A complex intervention to support breastfeeding: A feasibility and acceptability study. *International journal of nursing practice*, 29(6), e13184. <https://doi.org/10.1111/ijn.13184>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Menezes, B., Oliveira, D., Sasseti, L., Prazeres, V. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde.

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 19(1), 68-74.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de Posição N.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Peres, E., de Souza, E. A., de Abreu Verli, M. V., Gonçalves, L. C. O., & Lames, C. M. (2020). Gravidez na adolescência no contexto social. *Revista Panorâmica online*, 31.

Purnell, L.D. (2014). *Guide to Culturally Competent Health Care* (3rd ed.). F.A. Davis Company.

Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República*: II Série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Edições Afrontamento.

Rodrigues, F., & Cardoso, G. . (2022). Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 33–46. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.185>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77-84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Shajani, Z., Snell, D., & Wright, L. M. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: a guide to family assessment and intervention (7th ed.)*. F.A. Davis Company.

Victória, A., Costa, C., Cordero, M., Santos, A. P., Tavares, M. F. M., & Tavares, P. (2024). Transição para a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 10(1), 6.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e métodos*. Bookman.

10. Transição Hospital-Domicílio

Patrícia Mendes, Dina Bernardino & Lúgia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

Trata de uma família nuclear, composta por um casal de idosos reformados, com 77 e 76 anos, que coabitam. O casal tem uma única filha, de 52 anos, atualmente desempregada e divorciada, com dois filhos: uma filha de 32 anos, que já constituiu o seu próprio agregado familiar, e um filho de 26 anos, que vive com a mãe e também se encontra desempregado.

2. APLICAÇÃO DO MODELO DINAMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo MDAIF através da sua matriz operativa, assente numa perspetiva sistémica e ecológica, apoia o enfermeiro na avaliação global da família, considerando os seus ciclos de vida e o contexto em que está inserida. O MDAIF estrutura-se em três dimensões — estrutural, de desenvolvimento e funcional — articuladas com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o que favorece a formulação de diagnósticos padronizados e intervenções eficazes (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2016). A colheita de dados decorreu em contexto domiciliário, através de entrevistas informais, observação direta e análise de registos clínicos. Como refere Figueiredo (2023), a entrevista familiar, centrada na escuta ativa, facilita a construção de significados e o envolvimento terapêutico.

Foram exploradas todas as áreas da matriz, permitindo uma avaliação sistemática da estrutura e dinâmica familiar, e posterior identificação das áreas prioritárias de intervenção. A família foi selecionada por se encontrar em acompanhamento domiciliário e por apresentar uma situação recente de alta hospitalar, justificando a análise do processo de transição de cuidados. O estudo respeitou os princípios éticos e deontológicos, assegurando o consentimento informado, a confidencialidade e a dignidade dos participantes. O modelo organiza-se nas três dimensões já referidas anteriormente — estrutural, de desenvolvimento e funcional — que, orientam a prática do enfermeiro especialista, promovendo intervenções estruturadas e ganhos efetivos em saúde familiar.

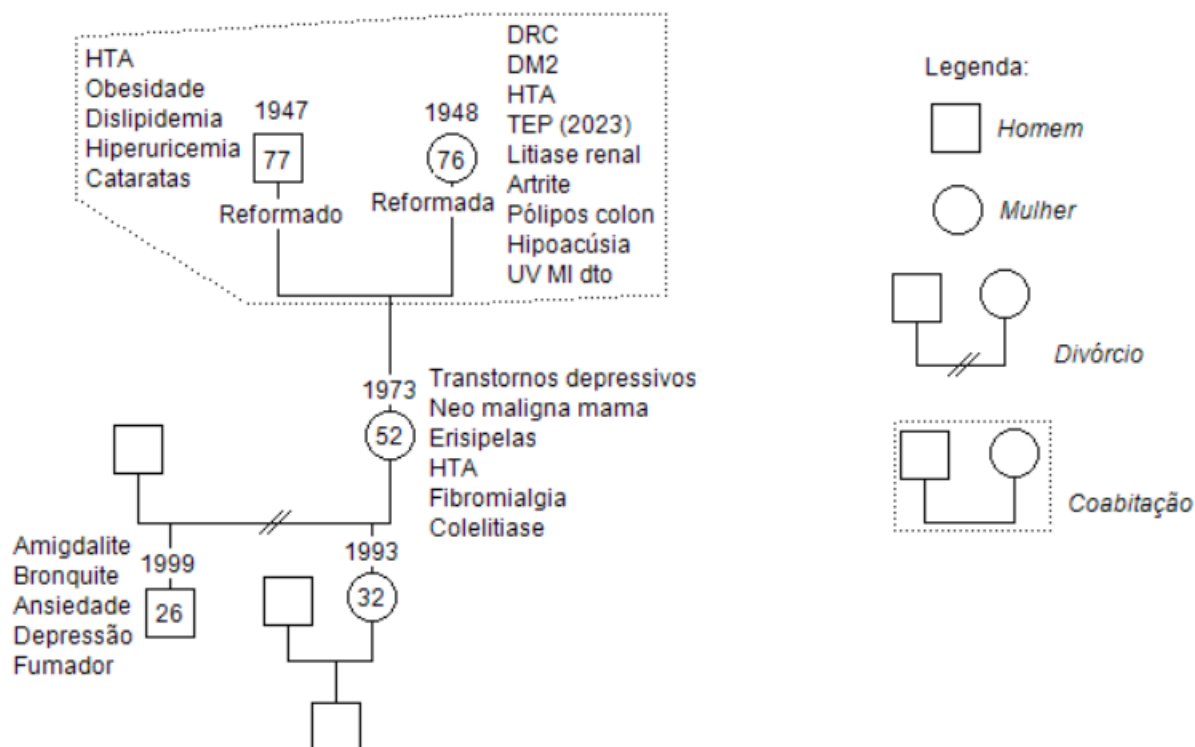
2.1 Dimensão estrutural

Para uma melhor avaliação da dimensão estrutural, foi aplicada a Escala de Graffar (Amaro, 2001) adaptada, disponível na matriz operativa do MDAIF. Esta permitiu classificar a família numa classe social baixa, considerando as condições habitacionais degradadas, a ausência de equipamentos essenciais e a limitação de recursos económicos, ainda que ambos os elementos se encontrem reformados. A inexistência de apoio formal externo pago agrava a vulnerabilidade da família, sobretudo face à crescente exigência dos cuidados à utente dependente.

A nível do edifício residencial, apesar da classe social demonstrada pela escala de Graffar, podemos concluir que o edifício residencial se encontra seguro e não negligenciado, visto que, apesar de existirem barreiras arquitetónicas, como degraus, a família encontra-se tranquila sobre esse assunto, sendo que a utente refere mesmo “tenho alguma dificuldade a andar, mas devagar consigo subir o degrau. Nunca vou sozinha para evitar cair” (SIC). Assim como o estado de higiene da habitação se encontra assegurado.

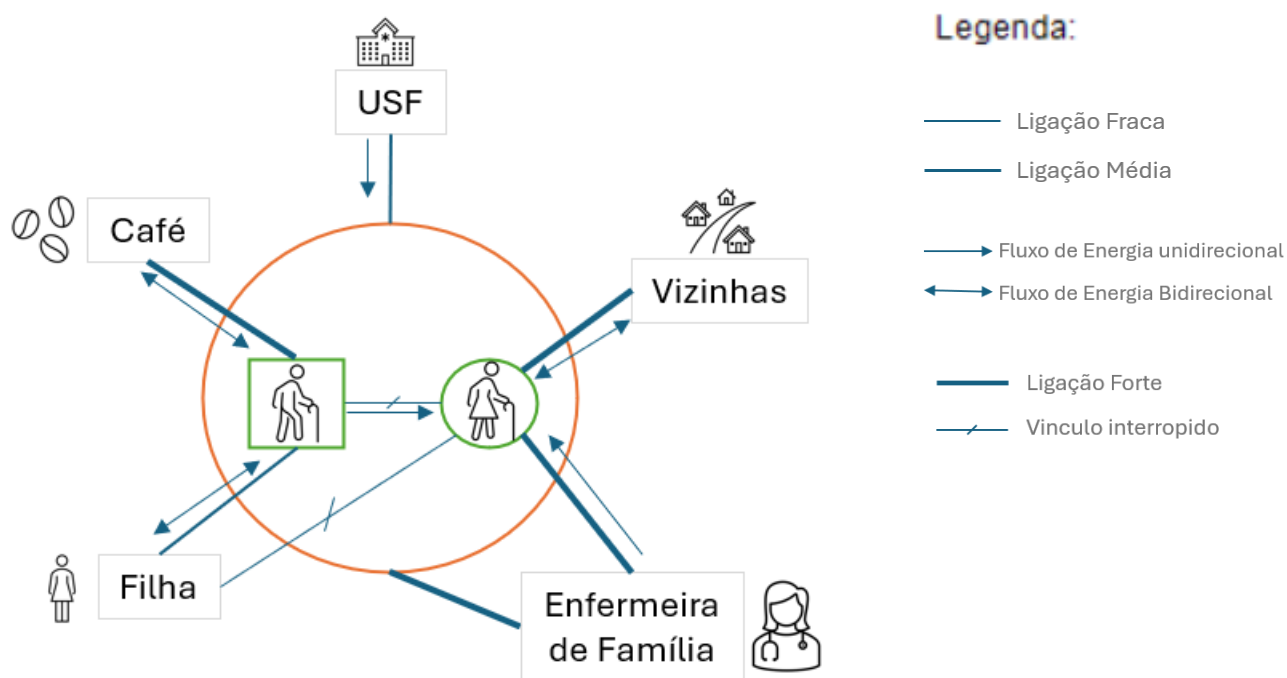
O abastecimento de água à habitação é feito através da rede pública pelo que existe controlo da qualidade da água, não sendo também este um fator de preocupação nesta família.

Figura 1 – Genograma da família



O ecomapa evidencia que, embora o casal coabite, o vínculo conjugal encontra-se interrompido. Ambos relataram viver sob o mesmo teto, mas com rotinas e interações muito reduzidas, demonstrando uma relação distante e desprovida de intimidade. Contudo, a recente situação de dependência funcional da esposa desencadeou uma reaproximação funcional, ainda que não emocional. O marido assumiu o papel de cuidador principal, garantindo os cuidados necessários à esposa no dia a dia. Esta dinâmica está refletida no ecomapa através de um fluxo de energia unidirecional, do marido para a esposa, representando o investimento de esforço e suporte por parte deste, sem reciprocidade emocional. Para aprofundar a compreensão das relações estabelecidas no seio da família e com os sistemas mais amplos, foi elaborado um ecomapa (Figura 2). Este instrumento permitiu representar graficamente os vínculos afetivos, os fluxos de energia e o nível de apoio existente entre o núcleo familiar e os recursos formais e informais do seu contexto.

Figura 2 – Ecomapa da família



2.2. Dimensão de desenvolvimento

A avaliação na dimensão de desenvolvimento, uma vez que a família se encontra na etapa do ciclo vital “Família com Filhos Adultos” (Figueiredo, 2020). Nesta fase, os focos relevantes são Satisfação conjugal e Papel parental.

A análise revelou uma relação conjugal disfuncional, caracterizada por ausência de intimidade, partilha emocional e comunicação eficaz. Apesar de coabitarem, ambos referem viver “vidas separadas” (SIC), sem envolvimento afetivo. A filha confirma esta distância, mencionando que “o pai se calava durante todos estes anos para a proteger” (SIC). Com a alta hospitalar e a crescente dependência da esposa, o marido reorganizou a rotina doméstica e assumiu o papel de cuidador principal, referindo: “agora sou eu que faço o almoço todos os dias” (SIC). Esta adaptação, contudo, não foi acompanhada de uma reaproximação emocional.

A comunicação conjugal é pouco expressiva, sendo ambos evasivos perante conflitos. A filha refere que “nunca os viu discutir, nem partilhar sentimentos” (SIC), o que reforça um padrão de comunicação não eficaz, funcional apenas no plano prático. Quanto ao papel parental, este mantém-se presente, sobretudo na relação pai-filha, marcada por colaboração e apoio mútuo. A filha, embora emocionalmente distante da mãe, participa nos cuidados sempre que possível, articulando estratégias com o pai: “combinámos que quando eu cá estou ele pode sair...” (SIC). Não se identificam sinais de conflito ou saturação nos papéis, ainda que a presença da filha seja irregular, devido à sua situação de desemprego.

2.3. Dimensão funcional

A análise da dimensão funcional, com especial atenção à comunicação, interação de papéis, resolução de problemas e apoio emocional. No contexto atual, destaca-se a presença de um elemento com dependência moderada — a utente — que, após internamento hospitalar recente, regressou ao domicílio com limitações na autonomia, exigindo reorganização familiar. A responsabilidade pelos cuidados foi assumida pelo marido, que se tornou cuidador principal informal. A Escala de Barthel (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) confirmou o grau de dependência, enquanto a avaliação do cuidador evidenciou lacunas significativas na gestão do regime terapêutico, na estimulação da atividade física e no uso de equipamentos adaptativos. Estes dados sustentaram a necessidade de uma intervenção centrada na capacitação do cuidador informal. O impacto emocional da situação refletiu-se no resultado da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967) em 209 pontos, apontando para uma elevada probabilidade de doença física e/ou psíquica relacionada com stress acumulado, sobretudo para o cuidador.

A comunicação familiar revelou-se frágil, com escassa expressão emocional e ausência de escuta ativa. A partilha de sentimentos é limitada, sobretudo entre os cônjuges, e a comunicação é ambígua e não circular. O marido evita conflitos e silencia as emoções, contribuindo para mal-entendidos. A filha, apesar de expressar emoções, refere que “nem sempre há disponibilidade para ouvir” (SIC), especialmente por parte da mãe. Apesar disso, a família revela capacidade adaptativa eficaz na resolução de problemas. Organizaram-se informalmente, com o pai a assumir liderança e a filha a colaborar sempre que possível. Esta dinâmica evidencia estratégias de coping positivo e abertura à procura de apoio formal, nomeadamente através da equipa de enfermagem.

A interação de papéis é funcional: o marido assume as funções de provedor, gestor financeiro e cuidador; a filha coopera na medida do possível. Não se observaram conflitos ou sobrecarga declarada, sendo a distribuição de responsabilidades aceite por todos.

A análise das relações evidenciou a manutenção da influência da utente, vista como figura dominante. A filha atribui-lhe responsabilidade por conflitos passados: “a minha mãe afastou-nos de muita coisa” (SIC). Embora o pai lidere atualmente os cuidados, mantém-se condicionado pela tentativa de preservar a estabilidade. A relação de proximidade entre pai e filha é forte, mas sentida como intrusiva pela utente, contribuindo para desequilíbrios na coesão familiar.

A aplicação da Escala de FACES II (Relvas, 1996) classificou a família como de tipo extrema, com coesão desmembrada e adaptabilidade rígida. Já a Escala de APGAR Familiar (Agostinho & Rebelo, 1988) apontou para uma funcionalidade moderadamente disfuncional (na perspetiva do pai e filha) e acentuadamente disfuncional (na visão da utente), reforçando o diagnóstico de disfunção do processo familiar.

3. PLANO DE CUIDADOS

Com base na avaliação multidimensional realizada, foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem que orientaram a intervenção junto da família em estudo. Estes diagnósticos refletem necessidades emergentes da reorganização familiar provocada pela transição de cuidados do hospital para o domicílio, bem como aspetos relacionados com a funcionalidade, comunicação e bem-estar global do agregado familiar. O plano de cuidados foi delineado de forma individualizada, sustentado nos referenciais da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e validado com os membros da família, assegurando a sua participação ativa e o alinhamento com as suas reais necessidades. A tabela seguinte

apresenta de forma sistematizada os diagnósticos de enfermagem formulados, as intervenções propostas e as respectivas atividades de enfermagem a desenvolver, orientadas para a promoção de ganhos em saúde e reforço da autonomia familiar. A elaboração do plano de cuidados individualizado, baseado nos referenciais CIPE, evidenciou a capacidade de formular diagnósticos de enfermagem específicos, bem como de planejar e implementar intervenções adequadas ao contexto da família. Este processo revelou-se essencial para alcançar outro dos objetivos definidos: prestar cuidados de enfermagem especializados, sustentados em evidência científica, ajustados à realidade e às necessidades da família.

Tabela 1. Plano de cuidados da família

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
Rendimento Familiar Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> - Requerer serviços sociais - Orientar a família para serviços sociais - Promover a gestão do rendimento familiar
<i>Dimensão funcional</i>	
Papel do Prestador de Cuidados (PC) Não Adequado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o PC sobre padrão alimentar adequado - Planejar dieta com o PC - Instruir sobre preparação de alimentos - Ensinar o PC sobre padrão de exercício adequado - Instruir e treinar o PC sobre técnicas de mobilização - Motivar o PC a promover padrão de exercício adequado ao membro dependente - Ensinar o PC sobre regime terapêutico - Instruir o PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos - Ensinar o PC sobre esquema terapêutico prescrito
Processo Familiar Disfuncional por: - Comunicação Familiar Não Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Otimizar a comunicação na família - Planejar rituais na família - Otimizar padrão de ligação

<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
Satisfação Conjugal: Relação Dinâmica Disfuncional Não Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar para a redefinição da divisão/partilha de tarefas domésticas - Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover a comunicação do casal - Planejar rituais familiares - Motivar atividades em conjunto

4. GANHOS EM SAÚDE

Os ganhos em saúde alcançados evidenciam de forma inequívoca o impacto positivo das intervenções implementadas, confirmando a relevância da adoção de práticas de enfermagem fundamentadas na evidência científica, orientadas para a promoção da autonomia familiar e para o fortalecimento das competências dos cuidadores. A operacionalização deste plano implicou a mobilização de um conjunto de competências nucleares do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, destacando-se a avaliação sistemática da estrutura e dinâmica familiar, o desenvolvimento de relações terapêuticas, a utilização de estratégias de comunicação eficaz e a planificação de cuidados centrados na família (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A aplicação de estratégias específicas, como a conferência familiar, possibilitou não apenas a promoção da autonomia e a capacitação dos cuidadores, mas também a melhoria da comunicação intrafamiliar, repercutindo-se no reforço da funcionalidade familiar e numa maior capacidade de adaptação aos processos de transição em curso. Estes resultados traduzem, de forma clara e consistente, o alcance do objetivo de facilitar processos de mudança nas famílias, apoiando-as na reorganização dos seus papéis, rotinas e mecanismos de *coping*, essenciais para a manutenção do equilíbrio e da resiliência familiar.

BIBLIOGRAFIA

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). *Escala de APGAR Familiar: Adaptação para a população portuguesa*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

Figueiredo, H. (2020). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lidel.

Figueiredo, H. (2023). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Enquadramento teórico e instrumento de avaliação* (3.^a ed., Vol. 1). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

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).

ICN – International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Genebra.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Perfil_Competicias_Especialista_Comunitaria.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Guia orientador da prestação de cuidados: Enfermagem de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10985/gope_esf.pdf

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

11. Família multicultural na transição para a Parentalidade

Sara Reis, Rita Pedro & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família Ferreira constitui uma unidade familiar nuclear composta por Ricardo Ferreira (37 anos) e Natália Souza (32 anos), casados desde 2009, ambos naturais do Brasil e a residir em Portugal há cerca de cinco anos. O casal tem três filhos: Mariana Lima Ferreira (8 anos), Bernardo Ferreira (2 anos) e Daniel Ferreira, recém-nascido. Entre o nascimento da filha mais velha e o segundo filho, o casal teve um aborto espontâneo às 13 semanas de gestação.

Ricardo encontra-se em bom estado de saúde. Natália, por sua vez, apresenta uma patologia venosa atualmente em investigação e foi diagnosticada com diabetes gestacional durante a última gravidez. A relação conjugal do casal caracteriza-se por forte envolvimento afetivo e sentido de compromisso mútuo no exercício da parentalidade. A coesão conjugal é evidenciada pelas estratégias adotadas para equilibrar as exigências da vida familiar com a manutenção da relação conjugal. Contudo, enfrentam desafios associados à sobrecarga e à escassez de tempo, os quais impactam a intimidade e a gestão emocional da relação. A família alargada materna reside no Brasil e é composta por Ana Souza (59 anos, saudável) e Roberto Souza (55 anos, com antecedentes de acidente vascular cerebral, Diabetes Mellitus tipo 2 e cegueira associada), pais de Natália. O casal teve duas gestações gemelares: da primeira nasceram Natália e Daniela Souza (com historial de depressão pós-parto); da segunda, Renato Souza e Rafael Souza (30 anos, ambos saudáveis). Apesar da distância geográfica, mantém-se uma comunicação frequente e afetuosa com estes membros da família, sobretudo através de meios digitais.

A família alargada paterna inclui João Ferreira (63 anos, saudável) e Maria Ferreira (59 anos, com diagnóstico de insuficiência venosa), pais de Ricardo, bem como Gabriela Souza (nascida em 1990), irmã de Ricardo, a residir atualmente em Portugal com o marido, André Martins (nascido em 1986), e a filha, Gabriela (nascida em 2018). Maria alterna períodos de residência entre o Brasil e Portugal, prestando apoio frequente à família do filho, sobretudo ao nível do cuidado aos netos.

A família Ferreira configura-se como uma família nuclear com suporte alargado de natureza transnacional (Wright e Leahey, 2013). Apesar da distância física com parte da rede familiar, mantêm-se vínculos afetivos regulares e mobilização de suporte. A transição para a parentalidade, especialmente com o nascimento recente do terceiro

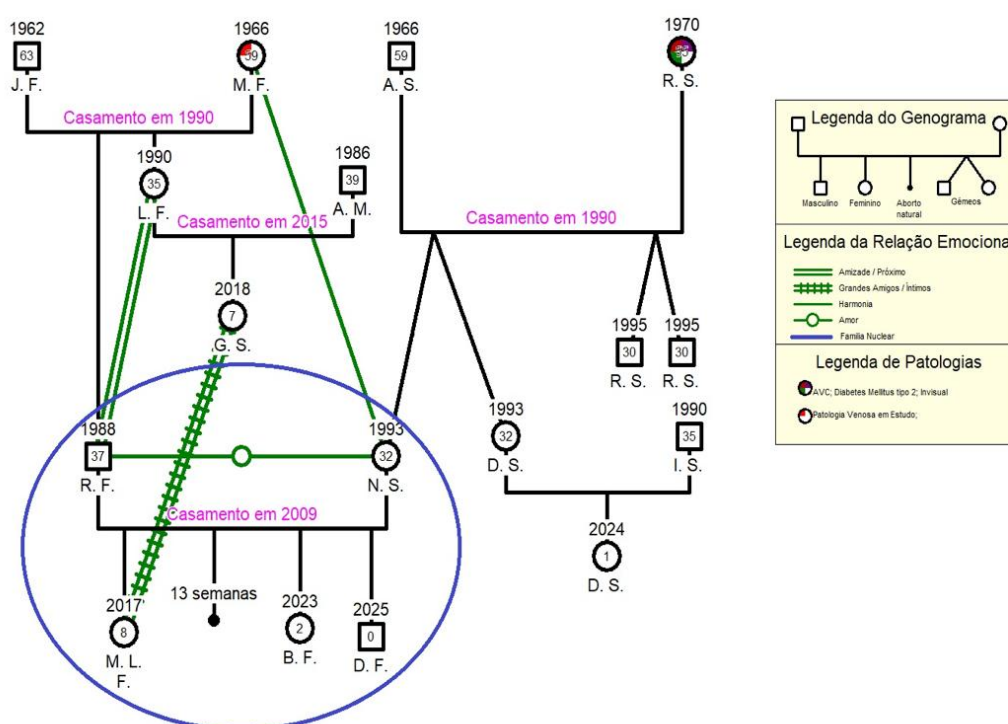
filho, representa uma fase exigente do ponto de vista emocional, relacional e logístico, reforçando a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar no apoio à adaptação funcional e emocional desta unidade familiar.

2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

A avaliação da dimensão estrutural diz respeito à estrutura da família, a identificação da composição, os vínculos que os diferentes membros da família Pereira estabelecem entre si e as interações que mantêm com o ambiente que os envolve, os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). O genograma incide em quatro gerações familiares e ao incluir forças da família, e eventos de stress/críticos, além da composição familiar, permite uma visão geral da família, como instrumento de avaliação das necessidades da família (Figueiredo et al 2023). Trata-se, portanto, de uma família na fase “família com filhos adultos”, segundo Relvas, representada no genograma (Figura 1).

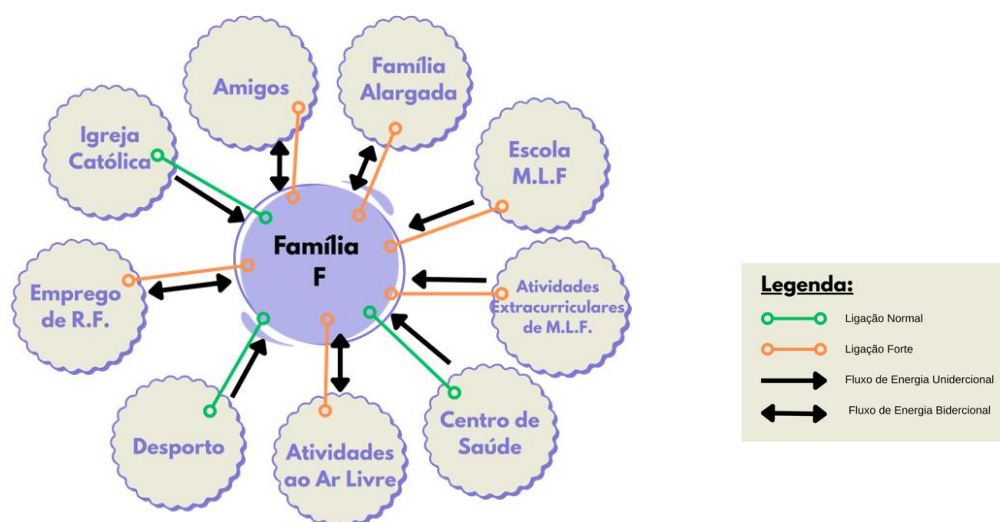
Figura 1 – Genograma da família Ferreira



O ecomapa, através da relação entre os membros da família e os sistemas mais amplos, evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência (Figueiredo, 2023b).

No ecomapa (Figura 2), observa-se o plano comunitário, a família estabelece relações com a unidade de saúde, a escola, atividades extracurriculares (como natação, inglês, escuteiros e catequese), bem como com a Igreja Católica, que desempenha um papel relevante na vivência espiritual. Participam em atividades recreativas em conjunto, como o futebol e os passeios, promovendo o bem-estar e reforçando a coesão familiar.

Figura 2 – Ecomapa da família Ferreira



Segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), a Família Ferreira pertence à classe média. Ricardo é licenciado em Engenharia Informática e trabalha como analista de sistemas, em regime de teletrabalho, o que proporciona flexibilidade, mas também desafios na conciliação entre a vida profissional e familiar. Natália, com o ensino secundário completo, encontra-se desempregada, assumindo as responsabilidades do cuidado aos filhos e da gestão doméstica. A família reside num apartamento arrendado, localizado em zona central da freguesia, considerado adequado em termos de habitabilidade. Contudo, referem limitações espaciais, particularmente no que diz respeito à separação entre o espaço de trabalho e as áreas comuns da família. Estas restrições impactam a concentração profissional e a receção de visitas familiares, nomeadamente da avó materna, que presta apoio regular. A caracterização realizada evidencia os recursos disponíveis e as vulnerabilidades

presentes, justificando a pertinência de um acompanhamento próximo e centrado nas necessidades relacionais da família.

A família reside num apartamento arrendado, com condições habitacionais básicas, embora limitadas em termos de espaço. Natália expressou preocupação relativamente a essa limitação, referindo: “O Ricardo trabalha em casa, e nem sempre tem o mesmo horário, o que acaba por não ter um local fixo para trabalhar. Mais uma ou duas divisões davam muito jeito para ele poder concentrar-se melhor e podermos ter um quarto para receber visitas, em especial a Maria” (sic).

Ricardo exerce funções como analista de sistemas em regime de teletrabalho. Natália, por sua vez, concluiu o ensino secundário e encontra-se atualmente desempregada. De acordo com a Escala de Graffar adaptada, a família encontra-se inserida na classe média.

No âmbito da avaliação dos focos estruturais do MDAIF, foi identificado que a habitação dispõe de dois elevadores, sendo que o casal demonstra conhecimentos adequados sobre a prevenção de acidentes domésticos e a utilização segura dos sistemas de aquecimento. O abastecimento de água e o tratamento de resíduos encontram-se assegurados pela rede pública. A família não possui animais de companhia, apesar do desejo manifestado por Mariana, a filha mais velha. O casal justificou a decisão afirmando: “Com três filhos, adicionar a gestão de um animal doméstico torna-se muito complicado. E o espaço do apartamento não é adequado” (sic).

2.2. Dimensão de desenvolvimento

Na dimensão de desenvolvimento, foram avaliadas a satisfação conjugal e o desempenho do papel parental. A partilha de tarefas revelou-se uma área de fragilidade. Natália afirmou: “Está a ser mais complicado do que imaginava antes do Daniel nascer...”, embora tenha sublinhado a importância do apoio de Maria, a sogra, dizendo: “A vinda da Maria é uma mais-valia para nós, porque apoia-nos não só com as crianças como também nestas tarefas” (sic). Quanto à qualidade do tempo em casal, Natália acrescentou: “Com filhos, o tempo acaba por ser limitado... Podemos ter perdido esse tempo para nós” (sic).

No que respeita à expressão de sentimentos, Ricardo referiu: “A Natália não expressa os seus sentimentos de forma aberta...” (sic), ao que Natália respondeu: “É um processo que para mim é natural... não consigo expor logo os sentimentos sem refletir nos mesmos isolada” (sic). Ainda assim, ambos expressaram satisfação com a qualidade da comunicação e com a capacidade de negociação e resolução de conflitos. Relativamente à sexualidade, reconheceram os desafios inerentes à parentalidade: “Com o nascimento da Mariana estávamos no Brasil... agora com o

Daniel ainda mais complicado... Mas nós reconhecemos que a relação nem sempre é linear...” (sic).

Durante a observação do papel parental, foi identificada uma técnica adequada de amamentação por parte de Natália. Ambos os progenitores evidenciaram conhecimentos adequados sobre o posicionamento do recém-nascido, segurança do sono e organização do espaço do berço. Foram também manifestadas dúvidas sobre cólicas e obstipação, às quais se respondeu com demonstrações práticas de massagem abdominal e a disponibilização de materiais educativos.

O casal expressou não desejar ter mais filhos, tendo optado pela realização de laqueação tubária como método de planeamento familiar. Na segunda entrevista familiar, foram exploradas crenças culturais. Quando questionados sobre práticas mantidas, referiram: “Gostamos de ao fim de semana programar atividades com as famílias dos nossos amigos e fazer churrascos com música divertida” (sic). Em relação ao sistema de saúde, evidenciaram diferenças percebidas face ao contexto de origem: “Sentimos diferença... no Brasil, a família pode assistir ao parto... e mesmo com o segundo ou terceiro filho, os ensinamentos são mantidos. Aqui sentimos que, como já tínhamos filhos, fomos deixados à parte” (sic). Ricardo acrescentou: “A Mariana aprendeu muito rápido o português de Portugal... mas em casa fala em português do Brasil” (sic).

2.3. Dimensão funcional

No que se refere à dimensão funcional, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, tendo o casal obtido um valor inferior a 200, o que sugere uma baixa probabilidade de desenvolvimento de doença associada ao stress. Ambos manifestaram satisfação com a comunicação intrafamiliar e com a capacidade de resolução de problemas. Os papéis familiares estão claramente definidos e aceites: Ricardo assume a responsabilidade pela gestão financeira do agregado, Natália dedica-se às tarefas domésticas, e ambos partilham responsabilidades no domínio das atividades recreativas.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a mesma (Tabela 1).

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família Ferreira

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA: - Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os Sentimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar percepção do casal sobre a gestão atual do tempo (Estratégias de <i>coping</i> cognitivo). - Promover momentos de lazer e rituais em casal, mesmo que breves (Estratégias de <i>coping</i> ativo). - Incentivar a planificação semanal de atividades a dois. - Validar os esforços realizados e reforçar o sentido de compromisso mútuo.
<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA: - interação sexual não adequada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar estilos individuais de comunicação emocional (Estratégias de <i>coping</i> emocional). - Treinar escuta ativa e validação mútua de sentimentos. - Estimular momentos de diálogo regular sem interrupções (ex. “tempo do casal”). - Reforçar competências de comunicação expressiva e empática.
<p>SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA: - relação dinâmica disfuncional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar significado atribuído à intimidade na fase atual do ciclo familiar (<i>coping</i> cognitivo e emocional). - Promover o diálogo aberto sobre expectativas e necessidades sexuais. - Reforçar a normalização das mudanças temporárias no desejo e ritmo sexual. - Incentivar o resgate gradual de momentos de proximidade física e afetiva.

O casal manifestou insatisfação com o tempo dedicado à relação conjugal após o nascimento do terceiro filho, evidenciando que a rotina familiar é centrada nos filhos, com pouco espaço para o casal. A transição para a parentalidade, especialmente em famílias com vários filhos, pode levar à sobrecarga e à diminuição do tempo de qualidade conjugal (Matias & Fontaine, 2014). Esta realidade exige reorganização familiar e redefinição de papéis, sendo considerada uma fase de vulnerabilidade (Meleis, 2010), o que justifica a pertinência do diagnóstico e da intervenção especializada.

As narrativas revelam dificuldades na expressão emocional por parte de N.S., o que gera sentimentos de frustração no cônjuge. A comunicação emocional é um dos pilares da satisfação conjugal e, quando comprometida, pode afetar negativamente a relação (Feinberg, 2002). Este padrão pode emergir durante a transição para a parentalidade, fase que exige uma adaptação relacional significativa (Meleis, 2010). A insatisfação do casal com o padrão de sexualidade foi justificada pelas exigências do cuidado com três filhos pequenos, que reduzem os momentos de intimidade. A sobrecarga parental e a reorganização do tempo disponível são fatores que

frequentemente comprometem a vida sexual do casal, sendo comuns nesta fase do ciclo vital (Matias & Fontaine, 2014). A compreensão e intervenção nesta área são essenciais para a promoção da coesão conjugal (Figueiredo, 2013).

4. GANHOS EM SAÚDE

A intervenção junto da Família F permitiu alcançar ganhos significativos em termos relacionais, emocionais e funcionais, evidenciando os benefícios de uma abordagem centrada na família e orientada pelos referenciais da Enfermagem de Saúde Familiar. A identificação do diagnóstico prioritário – “Não satisfação do casal com o tempo que estão juntos” – refletiu o envolvimento ativo da família na definição do plano de cuidados, em consonância com os princípios de parceria e tomada de decisão partilhada (Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2013).

Ao longo do acompanhamento, foi possível observar um aumento na coerência entre expectativas conjugais e rotinas familiares, na medida em que o casal passou a reconhecer a importância de preservar espaços de intimidade e de reforçar a comunicação no quotidiano. Este processo favoreceu o desenvolvimento de estratégias de *coping* conjugal mais eficazes, como a valorização de pequenos rituais de partilha e a priorização de momentos a dois (Figueiredo, 2023; Walsh, 2016).

Verificou-se também uma melhoria na expressão emocional entre os membros do casal, com maior abertura à verbalização de sentimentos e necessidades, traduzindo-se num reforço da confiança mútua e da empatia (Wright & Leahey, 2013). A utilização do guião apreciativo facilitou a identificação de recursos internos e de experiências de sucesso prévias, promovendo a construção de significados positivos e o sentimento de autoeficácia relacional (Cooperrider et al., 2008; Figueiredo, 2023).

Além disso, a capacitação do casal para a reorganização do quotidiano revelou-se um ganho importante, permitindo-lhes ajustar rotinas familiares em função das suas prioridades conjugais e parentais. Este processo contribuiu para a redução da sobrecarga percebida, potenciando o bem-estar global da unidade familiar (Bell, 2013; Meleis, 2010). Embora não se tenha verificado a necessidade, por decisão da família, de referenciação para Terapia Familiar, a experiência foi percebida como transformadora, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar como facilitador de mudanças positivas e sustentáveis (Figueiredo, 2023).

Além das melhorias identificadas na esfera conjugal, observaram-se também ganhos no domínio da parentalidade, nomeadamente um aumento da confiança na execução de cuidados ao recém-nascido e uma maior partilha de tarefas entre os membros do casal. A gestão das cólicas e das rotinas familiares tornou-se mais tranquila, refletindo um sentimento de maior controlo e competência parental. A participação ativa do pai

ao longo das intervenções foi destacada como elemento facilitador da coesão familiar, reforçando o papel partilhado na construção de um ambiente seguro e harmonioso. Estes ganhos, observados no plano relacional, emocional e parental, traduzem o impacto positivo de uma intervenção centrada na família, culturalmente sensível e orientada para o fortalecimento das dinâmicas internas do sistema familiar (Meleis, 2010; Figueiredo, 2023). O EESC-ESF, devido à sua proximidade e conhecimento direto, é o profissional mais habilitado para analisar e atuar junto ao núcleo familiar, favorecendo o bem-estar e proporcionando à família ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

Alves, M., Sousa, L., & Cruz, O. (2019). Promoção da parentalidade positiva em cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 127–136. <https://doi.org/10.12707/RIV19061>

Bell, J. M. (2013). Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411-417. <https://doi.org/10.1177/1074840713512750>

Bell, J. (2013). *Doing your research project: A guide for first-time researchers* (6th ed.).

McGraw-Hill Education. Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2001). *As necessidades básicas da criança: A dimensão afectiva do desenvolvimento*. Terramar.

Bowlby, J. (1988). *Apego e perda: A natureza do vínculo* (Vol. 1). Martins Fontes.

Brites, M., Oliveira, M., & Leal, I. (2020). Competências parentais e apoio profissional no pós-parto: Uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 14, 45–54. <https://doi.org/10.33194/rpesmo.v14i0.253>

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>

Diário da República (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República n.º150/2014, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-58291475>

Diário da República (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 206/96, Série I-A. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decretolei/1996/34516175>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma para a Promoção da Atividade Física*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2021). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas orientadoras para profissionais e famílias. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Linhas orientadoras para práticas promotoras de saúde. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa nacional de saúde infantil e juvenil (Norma nº002/2020). <https://www.dgs.pt>

Fernandes, C. (2015). A família como foco dos cuidados enfermagem: Aprendendo com o Family Nursing Game. Loures, Portugal: Lusodidata.

Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173-195. <https://doi.org/10.1023/A:1019695015110>

Figueiredo, M. H. (2013). Modelos e teorias de enfermagem familiar: Do conceito à prática clínica. Lusodidacta.

Figueiredo, H. (2023). Modelos e teorias de enfermagem familiar: Do conceito à prática clínica (2.ª ed.). Lusodidacta.

Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 56(8), 465-476. <https://doi.org/10.1177/104438949505600802>

Kuo, P. X., Volling, B. L., & Gonzalez, R. (2018). Gender role beliefs, work-family conflict, and father involvement after the birth of a second child. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(2), 243-256. <https://doi.org/10.1037/men0000096>

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>

Lopes, A., Santos, M. R., & Nunes, M. (2021). Saúde das famílias migrantes: Desafios e potencialidades no contexto dos cuidados de enfermagem em saúde familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 25, 14–22. <https://doi.org/10.33194/rpesf.v25i0.398>

Lopes, M., Ribeiro, M. T., & Silva, C. (2021). Desafios da parentalidade em contexto migratório: Um olhar a partir da saúde familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Família*, 12(1), 45–56.

Matias, M., & Fontaine, A. M. (2014). Coparentalidade, apoio social e ajustamento pessoal em mães portuguesas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100001>

12. Casal de idosos e satisfação conjugal

Sónia Carvalho, Patrícia Costa & Catarina Afonso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

A família Costa é uma unidade familiar nuclear, pertencente a uma classe socioeconómica média-baixa, composta por dois elementos: o senhor João, de 79 anos, com o 4.º ano de escolaridade, reformado por invalidez, e a sua esposa, a senhora Maria, de 63 anos, com o 3.º ano de escolaridade e desempregada há aproximadamente uma década. O casal reside numa habitação arrendada, de tipologia modesta, localizada numa zona rural a cerca de 15 quilómetros da cidade mais próxima. No domicílio mantêm animais de companhia (um cão e uma gata), ambos sem vacinação atualizada.

O casal não tem descendência. A senhora Maria sofreu um aborto espontâneo há 25 anos e, face à diferença etária entre ambos, decidiram não tentar uma nova gravidez. O senhor João apresenta antecedentes de um acidente de trabalho ocorrido há cerca de 50 anos, que resultou em traumatismo grave dos membros inferiores, deixando sequelas permanentes. Mais recentemente, há cerca de quatro anos, foi vítima de um acidente doméstico que resultou numa ferida de difícil cicatrização, implicando cuidados regulares em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF), com visitas duas vezes por semana. Apresenta ainda antecedentes de dislipidemia e hipertensão arterial.

A senhora Maria tem diagnóstico de diabetes *Mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e múltiplas hérnias discais que comprometem a sua mobilidade, causando diminuição de força nos membros inferiores, fator que contribui para a sua condição de desemprego prolongado. O rendimento familiar provém exclusivamente da pensão de invalidez do senhor João. Como forma de complemento de subsistência, o casal dedica-se à criação e venda de porquinhos-da-índia em feiras locais, bem como à pesca de enguias e criação de galinhas para consumo próprio. Têm um sobrinho, por quem nutrem forte ligação afetiva e que consideram como um filho, dada a sua participação ativa na sua criação. Contudo, o contacto tem-se tornado esporádico devido à atividade profissional do mesmo fora da cidade.

O casal não está envolvido em atividades de natureza religiosa ou associativa. No que diz respeito às crenças em saúde, a senhora Maria manifesta uma visão fatalista, considerando que as doenças surgem como uma consequência inevitável da vida, o que se traduz numa recusa sistemática à participação em programas de rastreio, nomeadamente para o cancro do colo do útero e para o cancro colorretal.

A interação do casal com os serviços de saúde limita-se, atualmente, à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito do tratamento da ferida do senhor João, com idas bissemanais à USF.

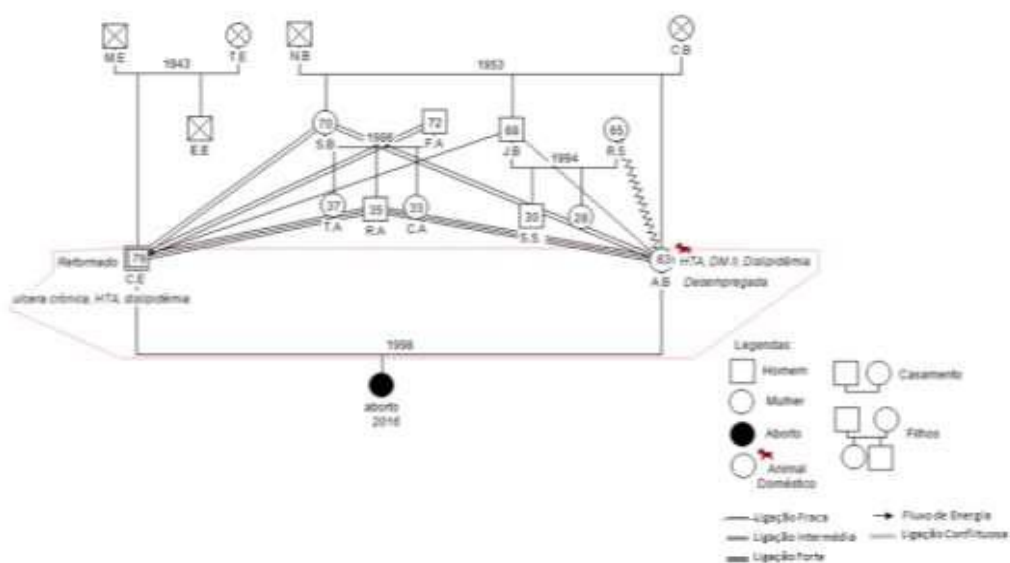
2. APLICAÇÃO DO MDAIF

2.1. Dimensão estrutural

Para melhor compreender a dinâmica familiar, foram utilizados os instrumentos genograma e o ecomapa da família em estudo com os dados recolhidos na entrevista familiar.

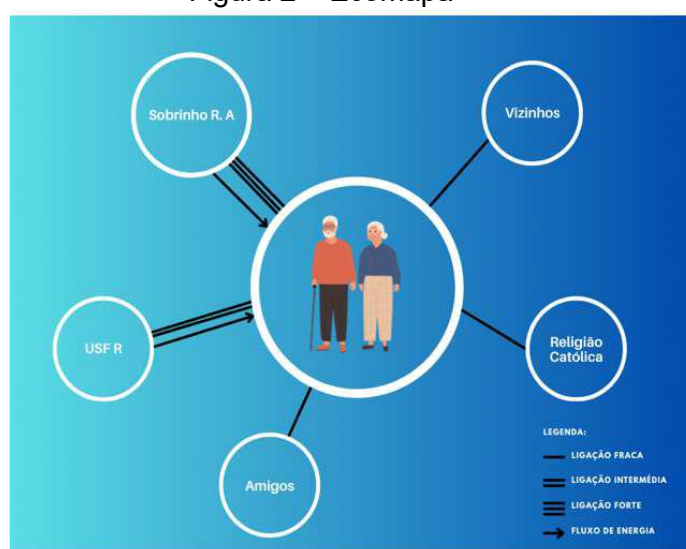
O genograma da família, que é uma representação gráfica O genograma é um instrumento que demonstra informações sobre o sistema familiar, através de uma estrutura gráfica, permite assim uma rápida visão sobre a sua composição, neste caso, incluído 3 gerações. Figueiredo (2023) refere que o genograma proporciona uma visão geral da família, interligando passado, presente e futuro.

Figura 1 – Genograma da família



O ecomapa é uma representação gráfica, que descreve a qualidade das relações e os recursos da família, no que se reporta à sua rede social. No ecomapa (Figura 2) desta família estão representados o sobrinho, os vizinhos, a religião, os amigos e a USF. A família vive isolada socialmente, não estabelece relações com amigos, igreja ou associações. Somente com sobrinho, que os visita e colabora em situações pontuais. Não existe o apoio a recurso da família alargada ou sociais como forças à família.

Figura 2 – Ecomapa



Na dimensão estrutural foi identificado um rendimento insuficiente e os animais domésticos negligenciados. O rendimento familiar referenciado para técnica social por: contato telefónico, via teams, referenciação interna e por último outro contato telefónico. A família atendida pela técnica social e encaminhou-os para receber o subsídio. Em relação aos animais negligenciados por falta de vacinação por crenças da utente. Foi respeitado as suas crenças, mas feito ensino sobre as vantagens de vacinação e de profissionais que devem contactar para obter melhor esclarecimento

2.2. Dimensão de desenvolvimento

Na dimensão de desenvolvimento, a satisfação conjugal não mantida pela interação sexual não adequada e a função sexual alterada. A interação sexual refere-se ao seu padrão de sexualidade e o conhecimento sobre a sexualidade. Assim é avaliado como a pessoa expressa os afetos, contribuindo para a aceitação do prazer e interações

sexuais. A utente não tem interações sexuais, por diversos fatores tais como, físicos, culturais e crenças. A função sexual alterada visa avaliar a existência de disfunções sexuais e o conhecimento do casal sobre estratégias de resolução das mesmas (Figueiredo 2012). A função alterada pela menopausa que provoca disfunções dolorosas. O papel do enfermeiro de saúde familiar é capacitar a família a enfrentar as transições ao longo do ciclo vital. Mas para isso, são necessárias aprendizagens significativas, baseadas em treino e reflexão, que potencializem a mobilização de saberes específicos desta área de especialização (Figueiredo, 2022). A enfermeira, através da entrevista sistemática, capacitou a família sobre as mudanças do corpo da mulher na menopausa, sobre a importância da comunicação e compreender as suas crenças e valores. Feito ensino de estratégias farmacológicas e não farmacológicas e encaminhado para o médico.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi realizado tendo por base as necessidades identificadas durante as entrevistas e após a aplicação dos instrumentos de apreciação da família, tendo a sua priorização de intervenção sido efetuada em negociação com a família (Tabela 1).

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão estrutural</i>	
RENDIMENTO FAMILIAR INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Requerer serviço social por referência interna no Sclinic. - Orientar a família para serviços sociais.
ANIMAL DOMÉSTICO NEGLIGENCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outros zoonoses); - Orientar para serviços da comunidade; - Motivar para vacinação do animal doméstico; - Supervisionar a vacinação do animal doméstico.
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA: - Interação Sexual Não Adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a menopausa e as alterações no corpo; - Ensinar sobre a sexualidade; - Promover a comunicação do casal;

<p>- Função sexual alterada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias não farmacológicas e farmacológicas das disfunções sexuais; - Orientar para serviço médico.
--	--

4. GANHOS EM SAÚDE

Atualmente existe um aumento de esperança de vida, mas como maior suscetibilidade para doenças crônicas, uma diminuição progressiva da autonomia, diminuição da atividade física e mental, tendo como consequência maiores dificuldades de adaptação ao ambiente. (Figueiredo, 2012). O envelhecimento traduz alterações na satisfação conjugal. Como refere Faria et al (2023) no seu estudo, as relações afetivas assumem maior importância na conjugalidade dos idosos, como os valores de amor, companheirismo, cumplicidade, carinho e amizade, são aqueles que equilibram as relações. Os idosos manifestam uma atitude positiva em relação à sexualidade, e as vivências sexuais são importantes para a autoestima e qualidade de vida.

O enfermeiro especialista de saúde familiar presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família, considerando os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais que a influenciam (Hanson, 2005). Este tem um papel importante em sensibilizar os casais sobre as mudanças emocionais e fisiológicas, promover a cumplicidade, comunicação e confiança. É de salientar que através da conferência familiar, o reforço positivo ou a psico-educação, o enfermeiro aborda a sexualidade, uma necessidade humana básica, fundamental para a satisfação conjugal.

Deve existir na prática, disponibilidade do enfermeiro para esta temática. De acordo com Rodrigues (2013), os casais com melhor comunicação tendem a ter maior satisfação conjugal, e relações mais longas apresentam níveis superiores de satisfação. Assim, intervenções voltadas para a melhoria da comunicação no casal podem aumentar a satisfação conjugal e fortalecer a dinâmica familiar. Melhorando a comunicação do casal e através das intervenções e atividades propostas, esperamos obter um aumento da satisfação conjugal (Figueiredo, 2012). Segundo Laurentino et al (2006) os idosos que sabem lidar e conviver com as modificações fisiológicas provocadas pela idade, tendem a permitir-se a novas vivências e experiências amorosas, nas quais atribuem um maior valor ao companheirismo, ao afeto e ao cuidado, do que à relação sexual propriamente dita.

A satisfação sexual está significativamente relacionada com a satisfação conjugal, as mulheres na menopausa referem como um problema a diminuição do desejo sexual, parece relevante perceber o impacto deste sintoma na satisfação conjugal. Alguns estudos afirmam que a diminuição do desejo sexual é bastante crítica para a gestão do relacionamento, uma vez que está relacionada com a diminuição dos níveis de intimidade entre o casal e da satisfação conjugal. As mulheres que estão satisfeitas com o relacionamento conjugal, também estão satisfeitas com o relacionamento sexual (Pechorro et al., 2009).

A educação para a saúde dos membros da família, é um elemento determinante e estratégico no contexto de saúde familiar (DGS, 2015). A literacia para a saúde das famílias apresenta-se como um fator de empoderamento das famílias no sentido da sua capacitação para interagirem de forma saudável e regular com os seus membros e incorporarem estilos de vida promotores da saúde dos seus membros e do funcionamento da unidade familiar (Figueiredo,2023). Deste modo, as intervenções de enfermagem definidas para a família e também individualmente, de capacitar a família sobre o rendimento familiar, animais negligenciados e satisfação conjugal. Ainda na questão de promoção de saúde, houve a necessidade de incluir o Sr. CE na gestão terapêutica da sua esposa, como a medicação da Diabetes *Mellitus* e hipertensão, para melhoria da sua saúde e evitar o agravamento da doença. A Sr. AB tem as suas crenças e aceita os problemas de saúde e recusa medidas de melhoria, como adesão à terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

Coutinho, V. D., Martins, J.C. A. & Pereira M.F. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação. Revista de Enfermagem Referência Série IV- N.º12- MAI/JUN 2014, pp. 41-50.

Faria, S., Pereira, M. C., Barroso, I., Monteiro, M. J., & Caramelo, A.,(2024). Vivências afetivas e sexuais dos idosos de uma unidade de saúde familiar. Revista de Investigação & Inovação em Saúde. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.295>

Figueiredo, M.H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência-Edições técnicas e científicas, Lda.

Figueiredo, M. H et al (2022). Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar. Sabooks Editora.

Figueiredo, M.H., (2023), Enfermagem de Saúde Familiar. Lidel – Edições Técnicas.

Hanson, S.(2005). A enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e investigação. (2ªed.). Lusociência.

Laurentino, N., Antunes, M., Mayor, R., & Almeida, L. (2006). Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41790>

Melo, P., (2021) Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Lidel – Edições Técnicas.

Organização Mundial da Saúde, (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. OMS.

Pechorro, P., Diniz, A. M., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1), 99–108. <http://hdl.handle.net/10400.12/8116>

Rodrigues, J., (2013) Os avós na Famíliae Sociedade Contemporâneas Uma Abordagem Intergeracional e Intercultural (tese de Doutoramento). Lisboa

Silva, M.J., Alves, C., Oliveira, M., Silva, S., & Figueiredo, M.H. (2023). Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(2), 79-89. <https://doi:10.37914/riis.v6i2.377>

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods*. In *Applied Social Research Methods Series* (3a Ed., Vol. 5). Sage Publications.

Yanikkerem, E., Goker, A., Cakir, O., & Esmeray, N. (2018). Effects of physical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*, 21(2), 160–166. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1417374>

13. Família de pessoa com ferida complexa

Tatiana Fonseca, Sónia Coelho & Lígia Monterroso

1. DESCRIÇÃO DO CASO

Para proteger a identidade dos elementos familiares, todos os nomes utilizados neste capítulo são fictícios. A família em estudo, designada como Família Pereira, é composta por António, de 81 anos (nascido em 1943), e Manuela, de 75 anos (nascida a 01/01/1950). O casal mantém uma relação de companheirismo, celebrada em no ano de 2014 e tem como animal de estimação um papagaio chamado Óscar. António é reformado e apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial (HTA), enfarte agudo do miocárdio (EAM), diabetes *mellitus* tipo II e doença de Alzheimer em estágio inicial, sem comprometimento das atividades de vida diária (AVD's). Manuela, também reformada, apresenta HTA, insuficiência venosa dos membros inferiores (IVMI) e depressão, relacionada com a morte do seu filho aos 22 anos, vítima de um acidente de viação. Manuela divorciou-se do seu ex-marido em 1992, casamento anteriormente celebrado em 1967, concluído formalmente em 2001 devido a litígios. Deste casamento resultaram três gravidezes adicionais, das quais duas foram interrompidas voluntariamente e uma culminou num aborto espontâneo. António, por sua vez, teve dois casamentos anteriores que terminaram em divórcio, com uma filha do primeiro e um filho do segundo casamento. O casal mantém uma rede social próxima, incluindo um casal amigo que reside noutra cidade e os visita regularmente, apresentando uma ligação forte bidirecional. Manuela mantém uma ligação muito forte com a esposa deste casal, sua melhor amiga, e uma relação de proximidade com a vizinha do segundo andar, sendo muitas vezes sua única companhia diária. Quanto às atividades de lazer, Manuela pratica crochê e realiza uma visita diária ao cemitério para homenagear o filho falecido, descrevendo este ritual como essencial ao seu bem-estar. António apresenta uma relação distante com os filhos, que evitam o contacto com ele e com os netos, gerando sentimentos de tristeza e impotência. A família mantém uma relação próxima com a USF X, onde Manuela frequenta o programa nacional de pessoas idosas para administração de psicofármacos, enquanto António participa do programa de tratamento de feridas/úlceras. No que respeita à história de vida, Manuela relata uma trajetória marcada por adversidades: rejeição familiar, violência doméstica por parte do pai e do ex-marido, e trabalho precoce durante a adolescência. A perda do filho permanece um trauma profundo, ainda não superado, gerando receio de reviver experiências dolorosas do passado. O ingresso de António na sua casa, inicialmente temporário a pedido da mãe dele,

acabou por tornar-se permanente, com a convivência limitada a um companheirismo funcional, sem expressão de afeto mútuo. Deste modo, a Família Pereira apresenta-se como um casal com uma relação de companheirismo, marcada por desafios históricos e atuais, com forte presença de experiências traumáticas, luto não resolvido e dinâmicas de convivência orientadas pela funcionalidade do dia a dia, em detrimento do vínculo afetivo.

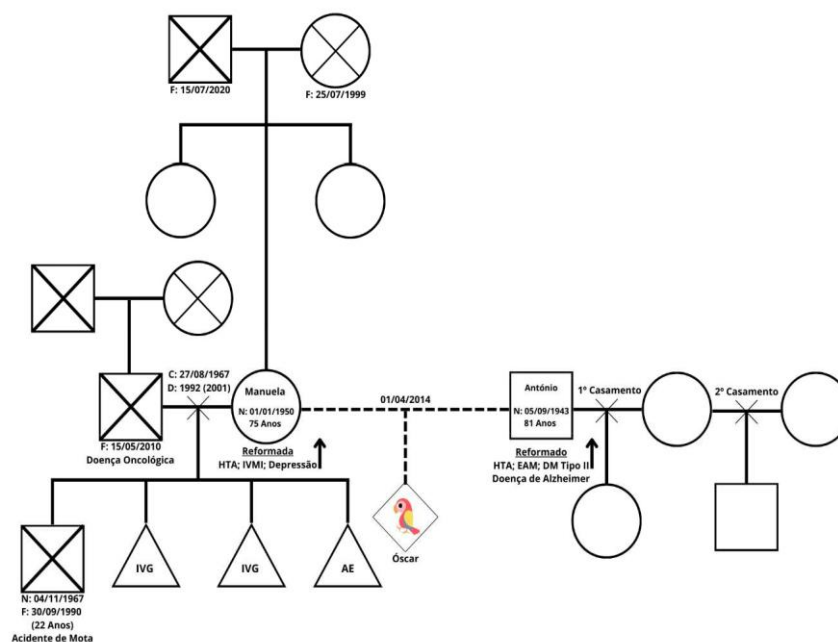
2. APLICAÇÃO DO MODELO DINAMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A aplicação do MDAIF (Figueiredo, 2012) possibilita uma compreensão sistémica da família enquanto unidade de cuidados, permitindo ao enfermeiro identificar necessidades, recursos e vulnerabilidades, de forma a planear intervenções ajustadas à realidade vivenciada. O MDAIF estrutura-se em três dimensões – estrutural, de desenvolvimento e funcional – que, quando avaliadas, fornecem uma visão global e integrada da dinâmica familiar. No caso da Família Pereira (nome fictício), a utilização do MDAIF viabilizou a recolha de dados essenciais para a elaboração dos instrumentos de avaliação: genograma e do ecomapa, instrumentos que permitiram analisar a constituição familiar, os vínculos estabelecidos e as redes de suporte disponíveis. A dimensão estrutural possibilitou identificar a tipologia de família reconstruída, a etapa do ciclo vital em que se insere e o contexto socioeconómico em que está integrada. A dimensão de desenvolvimento evidenciou dificuldades conjugais e comunicacionais, culminando no diagnóstico de “Satisfação Conjugal Não-Mantida”. Já a dimensão funcional permitiu reconhecer padrões disfuncionais de interação e *coping* familiar, traduzidos em dificuldades na divisão de tarefas, na assertividade e na partilha emocional. Através da aplicação do modelo, foi possível delinear um plano de cuidados individualizado, baseado nas necessidades sentidas, expressas e identificadas pela família. As intervenções centraram-se na promoção da comunicação eficaz, no fortalecimento das estratégias de *coping*, na redefinição de papéis e na valorização de momentos de partilha. Assim, o MDAIF revelou-se um instrumento fundamental não só na avaliação, mas também na orientação das intervenções de enfermagem, contribuindo para ganhos em saúde, maior autonomia e fortalecimento dos recursos familiares.

2.1. Dimensão estrutural

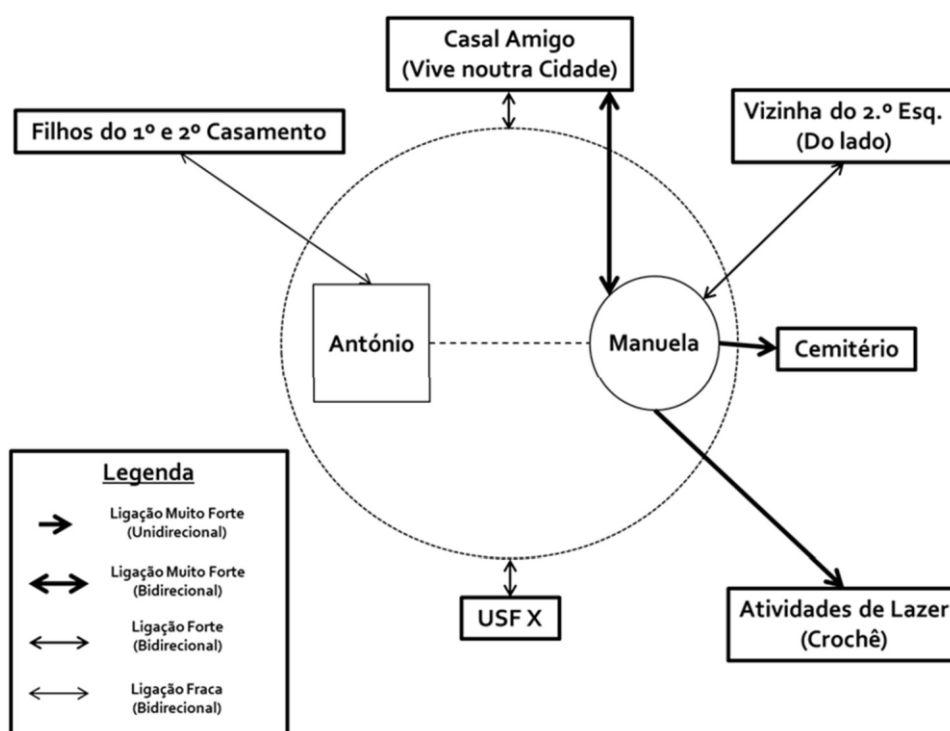
A **dimensão estrutural** do MDAIF centra-se na caracterização da composição, organização e recursos da família, permitindo compreender a sua configuração e o modo como esta se articula com o meio envolvente. No caso da Família trata-se de uma família reconstruída, composta por António (81 anos) e Manuela (75 anos), ambos reformados, com historial de doenças crónicas e vivências marcadas por perdas significativas e processos de transição. A rede de suporte social da família revela ligações fortes e bidirecionais com alguns amigos e vizinhos, mas também relações frágeis com os filhos e netos de António, condicionando a dinâmica afetiva e relacional do casal. A habitação, o rendimento e os recursos disponíveis situam a família numa posição social de classe média baixa, de acordo com a aplicação da Escala de Graffar (Amaro, 2001). Assim, a análise da dimensão estrutural permite identificar vulnerabilidades, mas também recursos internos e externos que são fundamentais para o planeamento de cuidados, promovendo a autonomia e a adaptação da família perante os desafios do seu ciclo vital. A elaboração do genograma (figura 1) permitiu, assim, não apenas visualizar a estrutura familiar, mas também compreender o impacto de acontecimentos passados – como divórcios, violência doméstica e perdas significativas – na dinâmica presente. Enquanto ferramenta de enfermagem, o genograma mostrou-se fundamental para apoiar o processo de diagnóstico, planeamento e intervenção, favorecendo uma visão holística da família enquanto sistema em constante interação.

Figura 1 – Genograma da família Pereira



Através do ecomapa, observou-se a existência de ligações fortes com a Unidade de Saúde Familiar, com a vizinha e com um casal amigo, relações que funcionam como suporte no quotidiano. Simultaneamente, evidenciaram-se ligações frágeis e distantes com os filhos de António e respetivos netos, fator que contribui para sentimentos de tristeza e isolamento no seio familiar. Foi ainda destacada a ligação muito forte de Manuela ao cemitério, como expressão simbólica e emocional do processo de luto pela perda do filho. Assim, a elaboração do ecomapa (figura 2) permitiu uma análise clara das redes formais e informais de apoio, tornando-se um recurso essencial no planeamento de intervenções de enfermagem, orientadas para o fortalecimento das ligações positivas e para a promoção de estratégias que minimizem o impacto das relações frágeis na dinâmica familiar.

Figura 2 – Ecomapa da Família Pereira



2.2. Dimensão de desenvolvimento

A dimensão do desenvolvimento, no MDAIF refere-se à etapa do ciclo vital em que a família se encontra, bem como às tarefas e desafios associados a esse momento. No caso da Família Pereira, esta insere-se na etapa de família com filhos adultos, segundo Relvas, o que implica a necessidade de adaptação a novas dinâmicas relacionais, à renegociação da relação conjugal e ao processo de envelhecimento. Através da avaliação desta dimensão, foi possível identificar dificuldades significativas ao nível da relação conjugal, traduzidas na ausência de afeto, comunicação ineficaz e sobreposição de papéis. Estes aspetos culminaram no diagnóstico de “Satisfação Conjugal Não-Mantida”, com subdiagnósticos como “Relação Dinâmica Disfuncional” e “Comunicação Não-Eficaz”. A perda de um filho por parte de Manuela e a relação distante de António com os seus próprios filhos intensificam a fragilidade desta dimensão, revelando a presença de lutos não elaborados e de transições saúde-doença que impactam a harmonia familiar. A análise da dimensão do desenvolvimento permitiu, assim, compreender a complexidade dos desafios vividos por esta família, nomeadamente na adaptação ao envelhecimento, na reorganização dos papéis familiares e na necessidade de redefinir estratégias de *coping* conjugal e familiar. Este olhar aprofundado orientou a definição de intervenções de enfermagem centradas na comunicação, na partilha de responsabilidades e na valorização de momentos de convivência, favorecendo ganhos em saúde e bem-estar no seio familiar.

2.3. Dimensão funcional

A dimensão funcional, no âmbito do MDAIF, foca-se na forma como a família desempenha as suas funções, nomeadamente ao nível da comunicação, tomada de decisões, interação de papéis, suporte emocional, padrões de poder, adaptação e estratégias de *coping*. Permite avaliar se os processos familiares são eficazes na resposta às necessidades quotidianas e às transições ao longo do ciclo vital. Na Família Pereira, a análise desta dimensão revelou várias fragilidades. Destacaram-se a comunicação não-eficaz, marcada por conflitos e ausência de escuta ativa, a interação de papéis conflituosa, com sobreposição de responsabilidades domésticas a cargo de Manuela, bem como um *coping* familiar ineficaz, traduzido em dificuldades na gestão das exigências da doença crónica de António e no impacto emocional do processo de luto de Manuela. Estes aspetos culminaram no diagnóstico de “Processo Familiar Disfuncional”, associado a subdiagnósticos como “Comunicação Familiar Não-Eficaz”, “*Coping* Familiar Não-Eficaz” e “Relação Dinâmica Disfuncional”. Face a esta avaliação, as intervenções de enfermagem centraram-se na promoção da comunicação expressiva, no incentivo à partilha de responsabilidades, na negociação

de papéis e no fortalecimento de estratégias adaptativas. O objetivo foi potencializar a coesão, a assertividade e a colaboração mútua, favorecendo uma vivência mais harmoniosa e equilibrada no cotidiano familiar.

3. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados elaborado para a Família Pereira foi estruturado com base nas necessidades identificadas ao longo das entrevistas realizadas e após a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar, incluindo o Genograma e o Ecomapa. A priorização das intervenções não foi unilateral; pelo contrário, foi definida em negociação com a própria família, garantindo que as ações propostas fossem ajustadas às suas expectativas, possibilidades e preferências. Este plano de cuidados contemplou dimensões funcionais e de desenvolvimento, abordando questões como a comunicação não verbal, a partilha de responsabilidades domésticas, o fortalecimento do vínculo conjugal e a promoção de estratégias de *coping* frente às dificuldades do cotidiano. Cada intervenção foi desenhada de forma a potencializar a autonomia, a resiliência e o bem-estar da família, tendo em conta o contexto histórico, emocional e social dos seus membros. A metodologia aplicada visou ainda criar um processo participativo, no qual António e Manuela se envolveram ativamente, refletindo sobre os seus padrões de interação e colaborando na definição de soluções práticas e realistas. Desta forma, o plano de cuidados respondeu às necessidades identificadas, como também contribuiu para o empoderamento da família, promovendo ganhos em saúde e melhoria da dinâmica relacional.

Tabela 1 – Plano de Cuidados da família Pereira

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<i>Dimensão funcional</i>	
<p>Comunicação Verbal Não Eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular reflexão conjunta sobre sinais não verbais e seu impacto. - Treinar comunicação assertiva e linguagem não verbal adequada. - Promover conferências familiares para expressão de emoções e feedback. - Incentivar partilha de responsabilidades domésticas. - Planear atividades conjuntas para fortalecer interações positivas.

	-Reforçar o papel do enfermeiro como mediador e modelo de escuta ativa
Papel Cuidado Doméstico Não Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a divisão de tarefas domésticas e identificar sobrecarga. - Negociar redistribuição de papéis com ambos os membros da família. - Educar sobre a importância da partilha de responsabilidades para o bem-estar familiar. - Orientar António em tarefas compatíveis com sua saúde, promovendo autonomia. - Reforçar estratégias de coping conjugal para gerir conflitos domésticos. - Facilitar acesso a recursos e redes de apoio em situações de sobrecarga.
<i>Dimensão desenvolvimento</i>	
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Não satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar momentos diários ou semanais de convívio. - Promover expressão de sentimentos e comunicação aberta. - Orientar divisão equilibrada de tarefas para liberar tempo juntos. - Reforçar estratégias de coping e resolução de conflitos. - Apoiar criação de rituais ou atividades que fortaleçam a ligação afetiva.
Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Dinâmica Disfuncional Não Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar expressão aberta de sentimentos e necessidades. - Planear momentos de convívio e atividades conjuntas. - Negociar divisão de tarefas e responsabilidades. - Reforçar estratégias de coping e resolução de conflitos. - Promover reflexão sobre padrões relacionais e comunicação não verbal.

4. GANHOS EM SAÚDE

Os ganhos em saúde correspondem às melhorias alcançadas no bem-estar físico, psicológico, emocional e social da família, resultantes das intervenções de enfermagem direcionadas às suas necessidades. No caso da Família Pereira, a aplicação do MDAIF permitiu identificar vulnerabilidades e mobilizar recursos internos e externos, favorecendo mudanças positivas no quotidiano familiar. Ao longo do acompanhamento, registaram-se ganhos importantes, nomeadamente na gestão da doença crónica de António, através da promoção da adesão ao regime terapêutico, da literacia em saúde e da redução da ansiedade de Manuela face à manipulação da insulina. Verificou-se ainda uma melhoria ao nível da comunicação familiar, com maior abertura para a partilha de sentimentos e para a negociação de papéis, o que contribuiu para diminuir conflitos e aumentar a cooperação. Outro aspeto relevante foi o fortalecimento das estratégias de *coping* , com incentivo à realização de atividades de lazer, de momentos de partilha e de reflexão conjunta, promovendo um equilíbrio emocional mais estável. A nível relacional, ainda que a satisfação conjugal não tenha sido restabelecida, observou-se maior respeito e consideração mútua, traduzindo-se num ambiente mais harmonioso. Assim, os ganhos em saúde obtidos refletem-se numa família mais autónoma, informada e resiliente, capaz de enfrentar os desafios do ciclo vital e das transições saúde-doença com maior adaptação e qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família* [Dynamic model of family assessment and intervention – A collaborative approach in family nursing]. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar – Estudos de caso* (1.^a ed.) [Conception of family health nursing care – Case studies]. Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar* (1.^a ed.) [Family health nursing]. Lidel.

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*.

Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BICSP)*. Consultado a 27 de maio de 2025, em <https://bicsp.min-saude.pt>

Capítulo III: Projeto de Investigação

1. Família em contexto neonatal na transição do hospital para o domicílio: Projeto de Investigação

Marília de Jesus, Alcinda Reis & Catarina Afonso

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A nível mundial, a prematuridade constitui um importante problema de saúde pública, afetando aproximadamente 10% dos nascimentos (OMS, 2022). Esta situação tem implicações significativas para o bem-estar físico e emocional das famílias. Em Portugal, a realidade não é diferente, estimando-se que cerca de 8% dos bebés nascem prematuros anualmente (INE, 2024). Estes casos exigem uma resposta articulada dos serviços de saúde, não apenas no contexto hospitalar, mas também na transição e continuidade de cuidados no domicílio. Uma intervenção que é assumida, entre outras, pelo EEECSF.

A transição para a parentalidade representa grandes mudanças na dinâmica familiar, mais ainda quando existe um filho prematuro que necessita de cuidados neonatais especializados, e por vezes com internamentos prolongados. A prematuridade apresenta-se como um evento marcante para as famílias, com múltiplos desafios relacionados à adaptação, aquisição de competências de cuidado e gestão do impacto emocional. Desafios esses, que podem influenciar, significativamente, a saúde e o bem-estar das famílias (Haemmerli et al., 2021; Legge et al., 2023).

Na pesquisa literária sobre o problema em estudo ficou evidenciado que as intervenções específicas do EEECSF, os seus impactos e a perceção das famílias permanecem pouco caracterizados e sistematizados, tanto a nível internacional como nacional (Griffith et al., 2022; Haemmerli et al., 2021; Neto, 2023). Este vazio mostra a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre como estas intervenções do EEECSF são operacionalizadas na prática, especialmente num momento crítico marcado por fragilidade emocional, elevada carga parental e reorganização familiar (Enlow et al., 2017; Kim & Kim, 2024). Para uma transição segura e humanizada, ainda há carência de consolidação prática, continuidade estruturada e investigação aplicada ao contexto real dos cuidados primários (Ferraz et al., 2024; Haemmerli et al., 2022; Osório et al., 2023; Smith et al., 2022). Este tema permanece com questões em aberto, nomeadamente no que diz respeito à forma como as intervenções do EEECSF podem ser melhor adaptadas às diferentes necessidades de cada família durante a transição do hospital para o domicílio. Numa USF verifica-se um interesse crescente em melhorar a qualidade do acompanhamento destas famílias. Contudo,

ainda não existem intervenções estruturadas, ou práticas plenamente sistematizadas que orientem eficazmente esta transição. Deste modo, torna-se premente aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas familiares, as necessidades emergentes e a atuação do EEECSF, para sustentar intervenções mais centradas, colaborativas e eficazes. O problema em estudo incide sobre a transição do hospital para o domicílio de famílias com bebês prematuros, levando à necessidade de compreender e caracterizar, as intervenções do EEECSF durante este processo. Também é necessário estudar as necessidades reveladas por estas intervenções, e os fatores que facilitam ou dificultam esta transição. Desta maneira, ter-se-á uma atuação mais eficaz, centrada e sustentada em evidência, potenciando *outcomes* em saúde e bem-estar familiar, dentro do contexto real e particular da USF.

2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

2.1. Questão de Investigação

“Quais as dimensões da intervenção do EEECSF no acompanhamento de famílias com recém-nascidos prematuros na transição do hospital para o domicílio?”

2.2. Objetivos

Geral: Compreender as dimensões da intervenção do EEECSF no acompanhamento de famílias com recém-nascidos prematuros na transição do hospital para o domicílio. Específicos: Caracterizar as famílias acompanhadas por um EEECSF neste contexto de transição; identificar dimensões da intervenção do EEECSF.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, recorrendo a várias técnicas: o estudo de casos múltiplos, entrevistas estruturadas e focus group. Os estudos de caso múltiplos permitirão uma compreensão aprofundada das experiências das famílias em transição do hospital para o domicílio. É assim favorecida a identificação de padrões, significados e necessidades específicas. A comparação entre os diferentes casos possibilitará o reconhecimento de padrões comuns e especificidades de cada família (Yin, 2015). A utilização das entrevistas permitirá recolher dados descritivos na linguagem do de cada família, baseada nas três dimensões do MDAIF, levando a identificação das necessidades familiares e orientando o processo de intervenção (Figueiredo, 2012).

O focus group, valoriza a interação entre os participantes e o papel do moderador na condução da discussão. É uma ferramenta para explorar opiniões, atitudes e significados partilhados (Krueger & Casey, 2015).

A combinação destas técnicas reforça a validade dos dados, através da sua triangulação, e permite uma melhor compreensão das experiências em análise.

Os participantes deste estudo serão: Famílias com bebés prematuros, com idades compreendidas entre os 6 meses e os 3 anos, e que tenham estado internados numa UCIN e estejam a ser acompanhadas numa USF; Profissionais de enfermagem de uma USF, que serão convidados a participar num focus group, com o objetivo de recolher as suas perspetivas sobre as dimensões da intervenção do EEECSF no acompanhamento destas famílias durante este processo de transição.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está incluído no Projeto Care4family e conta com a aprovação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. São cumpridos todos os requisitos previstos na Declaração de Helsínquia, garantindo o respeito pelos direitos, segurança e bem-estar das famílias em estudo.

Será dado conhecimento a todos os participantes dos objetivos do estudo e caso manifestem interesse em participar, será obtido o seu consentimento informado, de forma livre e esclarecida. Ressalta-se que poderão deixar de colaborar quando desejarem, sem qualquer prejuízo. Os dados serão tratados com anonimato e confidencialidade sendo utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos.

BIBLIOGRAFIA

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887;

Enlow, E., Faherty, L., Wallace-Keeshen, S., Martin, A., Shea, J., & Lorch, S.(2017). Perspectives of Low Socioeconomic Status Mothers of Premature Infants. *Pediatrics*, 139(3), e20162310.<https://doi.org/10.1542/peds.2016-2310>

Ferraz, L., Xavier, M., Gameiro, M., Cardoso, A., Cardoso, D., Paradela, L., Dinis, D., Coutinho, E., & Fernandes, A. (2024). eHealth early intervention programs to support premature parents transitioning from NICU to home on parental and infant outcomes: *f pediatrics*, 184(1), 122. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05960-2>; Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Loures: Lusociência;

Figueiredo, Maria Henriqueta (coord.) (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel. ISBN 978-989-752-491-2.

Griffith, T., Singh, A., Naber, M., Hummel, P., Bartholomew, C., Amin, S., White-Traut, R., & Garfield, L. (2022). Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of pediatric nursing*, 67, e135–e149.<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.014>

Haemmerli, N., Von Gunten, G., Khan, J., Stoffel, L., Humpl, T., & Cignacco, E. (2021). Interprofessional collaboration in a new model of transitional care for families with preterm infants—the health care professional’s perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 897-908;

Haspels, H., Knoester, H., Jansen, N., Ahout, I., Van Karnebeek, C., De Hoog, M., VanWoensel, J., & Joosten, K., (2025). Hospital to home transition of children with medical complexities in the Netherlands: current practice. *European journal of pediatrics*, 184(1), 122.<https://doi.org/10.1007/s00431-024-05960-2>;

Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). 'It turned my life upside down':Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home-A qualitative study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 36(5), 679–686. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007>;

Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas : 2023. Lisboa : INE, 2024. Disponível na [www.<url=https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>](https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367). ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0688-3;

Kim, J. S., & Kim, H. R. (2024). An Integrated Review of Transitional Care for Families of Pre- Term Infants. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 12(22), 2287. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222287>

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. 5th edition. Thousand Oaks, CA: Sage;

Legge, N., Popat, H., & Fitzgerald, D. (2023). Examinando o impacto do nascimento prematuro na saúde mental dos pais e no funcionamento familiar nos anos seguintes à alta hospitalar: uma revisão. *Journal of neonatal-perinatal medicine* , 16 (2), 195-208;

Neto, F. (2023). Redes de atenção à saúde: realidade de Portugal no acompanhamento do prematuro, após alta hospitalar. *Journal of Nurse and Health*, 13(nesp):e22136347;

Organização Mundial da Saúde. (2023). Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde pública e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde familiar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Osorio G., & Salazar M., (2023). Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 41(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04>

Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República*: II Série, n.º 135. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018_115698616

Smith, V., Love, K., & Goyer, E. (2022). Interdisciplinary Guidelines and Recommendations for Neonatal Intensive Care Unit Discharge Preparation and Transition Planning. *Journal of Perinatology*, 42, 7– 21. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>;

Yin, R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015.