

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

Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários
para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais –
Adição sem Substâncias

Carolina Correia Almeida, nº5240067

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio

Professor Orientador: Professora Eva Menino

Leiria

Abril de 2026



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

Agradecimentos

Finda esta longa e intensa etapa de esforço e crescimento, tive o privilégio de contactar com várias pessoas que marcaram o meu percurso e cujo apoio foi indispensável.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Dra. Eva Menino, pela partilha de conhecimento e orientação constantes, pelo tempo, pela disponibilidade e pelo incentivo mantido, ainda mais importante nas fases de maior dúvida e desmotivação.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar onde decorreram os ensinamentos clínicos, por tão bem me receberem e por se mostrarem sempre disponíveis a colaborar. Um agradecimento especial à enfermeira Catarina, orientadora nos ensinamentos clínicos, que sem dúvida fez a diferença neste percurso, por toda a sabedoria, partilha, compreensão, motivação e investimento, que tornaram esta experiência tão mais positiva.

Aos meus colegas de curso, com quem pude partilhar momentos de convívio, de alegria, de receios e de conquistas, guardarei sempre estas memórias com apreço.

Às minhas amigas, Marta e Catarina, que mesmo longe apoiaram, motivaram e celebraram comigo. Àquelas que chamo irmãs, Beatriz e Maria, que não são de sangue, mas tanto mais, que sempre ouviram e permaneceram, presentes com o seu ombro amigo e com as palavras necessárias, confidentes de tudo, com quem pude sempre contar.

À minha família – padrinho, tia Sónia, Gui, madrinha, avó, avô, tia Alda, tia Noémia, Catarina -, que sempre apoiaram, obrigada por toda a motivação, carinho e por estarem sempre presentes.

Aos meus pais, que são o meu porto seguro, a quem devo tudo. Sem vocês, nada disto seria possível. O vosso amor incondicional foi determinante para chegar até aqui. Não haverá nunca agradecimento suficiente por tudo o que fizeram por mim.

Ao Rodrigo. Estejas onde estiveres, és sempre casa e refúgio. Obrigada pela ajuda infindável, pela paciência, pelo conforto, pelo incentivo, pela firmeza, pelo amor e, acima de tudo, por seres o meu melhor amigo.

A todos vós, um enorme obrigada. Este trabalho também é vosso!

Resumo

Enquadramento: A saúde das famílias é influenciada pelo meio que as envolve, onde a crescente modernização dos meios tecnológicos e consequente digitalização a que se assiste na sociedade têm exposto as gerações mais jovens a novas patologias como a adição sem substâncias. Esta problemática pode originar Necessidades de Saúde Especiais (NSE) nas crianças, impactando a dinâmica familiar e levando a stress, sobrecarga e outras comorbilidades para a família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar detém as competências técnicas e científicas para intervir junto destas famílias, baseando a sua prática em modelos teóricos de Enfermagem fundamentados e na evidência científica. O presente relatório debruça-se sobre o percurso académico relativo ao Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sendo composto por uma contextualização da prática de Enfermagem de Saúde Familiar, nos Cuidados de Saúde Primários, em particular a Unidade de Saúde Familiar (USF) L, onde decorreram os ensinamentos clínicos em que foi possível desenvolver esta prática. Segue um capítulo dedicado aos modelos teóricos que guiaram a atividade desenvolvida. Posteriormente, debruça-se sobre as competências do enfermeiro especialista, gerais e específicas, e a forma como foram trabalhadas ao longo do percurso académico. De seguida, apresenta-se o capítulo sobre a Prática Especializada Baseada na Evidência, em que se desenvolveu a componente da investigação, complementando as bases teóricas com a dimensão prática.

Objetivos: Foram realizados 2 estudos correlacionados. O primeiro – Estudo 1 -, tem por objetivo identificar crianças com NSE na USF L. O segundo – Estudo 2 – pretende avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade de uma família com uma criança com NSE, particularmente adição sem substâncias.

Métodos: Estudo 1 - quantitativo e descritivo, baseado na aplicação do *Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener* a crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade inscritas e a frequentar consultas de Saúde Infanto-Juvenil na USF L. Estudo 2 - estudo de caso, de natureza qualitativa, baseado na avaliação familiar de uma família com filho com NSE, particularmente adição sem substâncias, utilizando o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, a escala de APGAR Familiar, a Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer e a Escala de Risco Familiar de García-Gonzalez.

Resultados: Estudo 1 – Constatou-se que 58,3% (n= 7) da amostra (n=12) respondeu positivamente a pelo menos 1 das perguntas contempladas no *CSHCN Screener*, classificando-se como portadoras de NSE, com maior representação do sexo masculino (71,4%). 5 (41,7%) responderam positivamente à necessidade de toma de medicação prescrita e à utilização de serviços de saúde, saúde mental ou serviços educacionais, 4 (33,3%) à necessidade de terapia específica e 3 (25%) à limitação funcional e à existência de problema de saúde que requer acompanhamento ou tratamento. 2 crianças apresentaram necessidade de saúde especial associada a apenas uma dimensão contemplada no *Screener*, 1 (8,3%) da dependência e 1 (8,3%) da utilização de serviços. 3 crianças apresentaram necessidade associada a duas dimensões, em particular 2 (16,3%) na dependência e utilização de serviços e 1 (8,3%) na limitação funcional e utilização de serviços. 2 crianças apresentaram necessidade associada às três dimensões (16,7%).

Estudo 2 – Realizou-se a avaliação de uma família reconstruída, composta por 5 elementos, tendo sido possível constatar comprometimento na ligação mãe/filho entre a mãe e a criança com adição sem substâncias, com relação de dependência, stress, sobrecarga e sono comprometido da mãe, comunicação verbal da criança com adição sem substâncias comprometida, *coping* familiar comprometido e satisfação com os cuidados de saúde comprometida. Obtiveram-se pontuações finais de 9 pontos na escala de APGAR Familiar. Não se identificou risco familiar através das escalas de risco familiar nomeadas, mostrando que a presença de NSE num elemento da família não implica necessariamente a existência de risco familiar, perante estas escalas.

Conclusão: Os resultados obtidos no Estudo 1 sugerem uma tendência positiva para a presença de NSE na população pediátrica, predominantemente nas crianças do sexo masculino, embora a amostra limita requeira

mais estudos e com maior abrangência. Por outro lado, a avaliação familiar realizada no Estudo 2 permitiu constatar o impacto familiar da adição sem substâncias, corroborando a evidência científica. Apesar disto, não se verificou comprometimento da satisfação com o funcionamento familiar ou risco familiar de acordo com as escalas aplicadas. Fomenta-se, assim, a necessidade de mais estudos que abordem a adição sem substâncias em crianças e o seu impacto a nível familiar. A realização deste relatório permitiu não só a consolidação dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo dos ensinamentos clínicos e a mudança do paradigma da pessoa para a família, como mais cimentar a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na abordagem das famílias, enquanto elemento de referência na promoção do seu funcionamento adequado.

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

Abstract

Background: The health of families is influenced by the environment that surrounds them, where the growing modernization of technological means and consequent digitalization that is currently witnessed in society have exposed the younger generations to new pathologies, namely substance-free addiction. This problem can lead to Special Health Needs (SHN) in children, impacting family dynamics and leading to stress, overload and other comorbidities for the family. The Specialist Nurse in Family Health Nursing has the technical and scientific skills to intervene with these families, basing their practice on Nursing theoretical models and on scientific evidence. This report focuses on the academic path related to the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. It is composed of a contextualization of the practice of Family Health Nursing, in Primary Health Care, in particular the Family Health Unit L, where the clinical teachings took place and in which it was possible to develop this practice. The next chapter is dedicated to the theoretical models that guided the activity developed. Subsequently, it focuses on the general and specific skills of the specialist nurse and the way in which they were worked throughout the academic path. Next, the chapter on Evidence-Based Specialized Practice is presented, in which the research component was developed, complementing the theoretical bases with the practical dimension.

Objectives: 2 correlated studies were conducted. The first – Study 1 – aims to identify children with SHN in Family Health Unit L. The second – Study 2 – aims to evaluate the structure, development and functionality of a family with a child with SHN, particularly substance-free addiction.

Methods: Study 1 - quantitative and descriptive study, based on the application of the Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener, to children aged between 3 and 17 years and 364 days enrolled in the aforementioned unit and who attended Child and Youth Health consultations. Study 2 – case study, of qualitative nature, based on the family assessment of a family with a child with SHN, particularly with substance-free addiction, using the Calgary Model of Family Assessment and Intervention, Family APGAR Scale, Segovia Dreyer Family Risk Scale and García-Gonzalez Family Risk Scale.

Results: Study 1 - It was found that 58,3% (n=7) of the sample (n=12) answered positively to at least 1 of the questions contemplated in the CSHCN Screener, classifying themselves as having SHN, with a prevalence of males (71,4%). 5 (41,7%) responded positively to the need to take prescribed medication and the use of health, mental health or educational services, 4 (33,3%) to the need for specific therapy and 3 (25%) to functional limitation and the existence of a health problem that requires follow-up or treatment. 2 children had special health needs associated with only one dimension contemplated in the Screener, 1 (8,3%) dependence, and 1 (8,3%) service use. 3 children had needs associated with two dimensions, particularly 2 (16,3%) in dependence and use of services and 1 (8,3%) in functional limitation and use of services. 2 children had needs associated with the three dimensions (16,7%).

Study 2 - A reconstructed family composed of 5 elements was evaluated. It was observed that the mother/child connection between the mother and the child with substance-free addiction was compromised, with a relationship of dependence, stress, overload and compromised sleep on the mother's part, compromised verbal communication of the child with substance-free addiction, compromised family coping, and compromised health care satisfaction. Final scores of 9 points on the Family APGAR scale were obtained. No family risk was identified through the named family risk scales, showing that the presence of SHN in a family member does not necessarily imply the existence of family risk in view of these scales.

Conclusion: The results obtained in Study 1 suggest a positive trend for the presence of SHN in the pediatric population, predominantly in male children, although the limited sample requires further and more comprehensive studies. Moreover, we validate that substance free-addictions have na impact in family unit (Study 2), despite not observing impairment of satisfaction in family functioning and risk. This dichotomy

further highlights the need for further studies in substance-free addiction in children and its impact on the family'. The production of this report allowed not only the consolidation of the knowledge and skills acquired throughout clinical teaching and the change of the paradigm from person to family, but also further cemented the importance of the role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing in the approach to families, as a reference element in the promotion of their proper functioning.

Keywords: Family Nurse Practitioners; Child Health; Family Health; Models, Nursing; Case Reports

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamento de centros de saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

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

CCR – Cancro do cólon e reto

CCT – *Culture Care Theory*

CSHCN - *Children with Special Health Care Needs*

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DCV - Doença Cardiovascular

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

HIV – Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

HTA - Hipertensão Arterial

IDE – Índice de Desempenho de Equipa

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF - Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar

MECAESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDCA - *Plan – Do – Check – Act/Adjust*

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC - Serviço de Atendimento Complementar

SBC – *Strenghts-Based Care*

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

UE - União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

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

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

1. Introdução	1
2. Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar	3
2.1. Caracterização do Local de Estágio - USF	4
2.3. Caracterização do Ficheiro do Enfermeiro de Família.....	10
3. Fundamentação Teórica	14
3.1. Modelo de <i>Calgary</i> de Avaliação e Intervenção Familiar.....	15
3.1.1. Modelo de <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar	15
3.1.2. Modelo de <i>Calgary</i> de Intervenção Familiar	18
3.2. Ciclo Vital da Família de Duvall.....	19
3.3. Modelo de Forças	20
3.4. Teoria Geral dos Sistemas	22
3.5. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	23
4. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar.....	26
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	26
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	26
4.1.2. Domínio da melhoria contínua de cuidados	27
4.1.3. Domínio da gestão de cuidados	29
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	29
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar	30
5. Prática Especializada Baseada na Evidência	34
5.1. Estudo 1 – Crianças com Necessidades de Saúde Especiais: identificação e caracterização.....	34
5.1.1. Metodologia	35
5.1.1.1. Questões de Investigação.....	36
5.1.1.2. Objetivos.....	36
5.1.1.3. População e Amostra.....	37
5.1.1.4. Tipo de Estudo	37
5.1.1.5. Instrumentos de Colheita de Dados	37
5.1.1.6. Procedimentos Éticos e Formais	39
5.1.1.7. Procedimentos de Tratamento de Dados	39
5.1.2. Resultados	40
5.1.3. Discussão	42
5.1.4. Conclusão	43
5.2. Estudo 2 - Estudo de Caso a uma família com um filho com adição sem substâncias.....	44
5.2.1. Metodologia	45

5.2.1.1. Questões de Investigação.....	45
5.2.1.2. Objetivos.....	45
5.2.1.3. População e Amostra.....	45
5.2.1.4. Tipo de Estudo	45
5.2.1.5. Instrumentos de Colheita de Dados	46
5.2.1.6. Procedimentos Éticos e Formais	46
5.2.1.7. Procedimentos de Tratamento de Dados	47
5.2.2. Resultados	47
5.2.3. Discussão	52
5.2.4. Conclusão	54
6. Conclusão	56
7. Referências Bibliográficas.....	58
Apêndice I – Documento de Divulgação do Estudo	x
Apêndice II – Carta de Autorização à USF L.....	xii
Apêndice III – Carta de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULS-RL.....	xvi
Apêndice IV – Carta de Autorização ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ULS-RL	xx
Apêndice V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação	xxiv
Apêndice VI – Declaração de Confidencialidade	xxvii
Apêndice VII – Folha de Rosto do Estudo.....	xxix
Apêndice VIII – Listagem de Documentos	xxxvi
Apêndice IX – Aplicação do Modelo de <i>Calgary</i> de Intervenção Familiar.....	xl
Anexo 1 – Parecer Favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULS-RL	xliv

Índice de Figuras

Figura 1 – Grupos de perguntas e descrição de itens do CSHCN <i>Screenner</i>	38
Figura 2 – Genograma do cenário familiar	48
Figura 3 – Ecomapa do cenário familiar	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Resultados da aplicação do CSCHN <i>Screenner</i>	41
Tabela 2 - Plano de Cuidados	xli

1. Introdução

No âmbito do 3º estágio contemplado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECAESF), denominado “Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP”, mais concretamente inserido no 3º semestre do mencionado curso da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi proposta a realização do presente trabalho, sob orientação da Professora Doutora Eva Menino, visando a obtenção do grau de mestre na área supramencionada.

A concretização deste ensino clínico, bem como a consequente elaboração do presente relatório, tem por finalidade a integração dos conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo do percurso académico preconizado pelo mencionado curso e respetivas unidades curriculares, integrando a noção da importância da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção e manutenção do bem-estar das pessoas e famílias.

Este ensino clínico, à semelhança dos anteriores, decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) L, pertencente à Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS-RL), entre 8 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, perfazendo um total de 297,5 horas de contacto presencial em contexto clínico. Este estágio dá assim seguimento ao percurso realizado nos ensinamentos clínicos anteriores, promovendo a continuidade de cuidados. Do mesmo modo, permite praticar e aprimorar a aplicação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), particularmente no que refere ao desenvolvimento do processo de enfermagem perante o seu cliente, que é a família.

A saúde e bem-estar das famílias são cruciais para o bom funcionamento das comunidades e sociedades. Tal é descrito pela Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, que reconhece a família como “o núcleo natural e fundamental da sociedade” (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2025), detendo, assim, “direito à proteção da sociedade e do Estado” (UNICEF, 2025). Sendo o EEESF, por definição, um profissional de saúde com competência técnica e científica que presta cuidados às famílias, tomando-as como cliente e reconhecendo-as como sistemas complexos sob constante mudança, constata-se a importância da sua atividade na manutenção da saúde e bem-estar destas, promovendo assim o seu funcionamento adequado. Isto implica que o EEESF acompanhe e trate a família em todos os seus estádios de desenvolvimento, desde a nascença até ao fim de vida, atendendo às transições associadas a cada fase e ao momento de crise que pressupõem, sendo isto potenciador de mudanças benéficas para o funcionamento familiar. Assim, o EEESF surge como um facilitador da vivência positiva destas transições, procurando a obtenção de ganhos em saúde.

Atualmente, as famílias estão sujeitas a diversos desafios que poderão condicionar o seu funcionamento. Para além das condicionantes socioeconómicas que moldam a sociedade e ditam o acesso aos serviços, assiste-se concomitantemente a uma evolução digital sem precedentes, que traz tanto oportunidades de conexão e progressão como potenciais riscos para o desenvolvimento saudável dos indivíduos, particularmente aqueles cujo crescimento não está consolidado. Tal é reconhecido pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2022), que identifica o fenómeno da evolução da comunicação e das redes sociais como desafios a considerar e colmatar no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030 (p. 18).

Similarmente, a mesma entidade aponta precursores do desenvolvimento na saúde para a presente década, destacando, entre vários, a investigação científica, que tem permitido a adaptação das comunidades a situações adversas, relevando-se assim um pilar do avanço e, portanto, uma área que merece investimento e valorização (DGS, 2022, p. 19), assentando-a como guia na implementação do PNS 2030 (p. 70).

À semelhança disto, também a área da Enfermagem de Saúde Familiar capitaliza do investimento no conhecimento académico e científico, fazendo emergir temas que vêm a ser cada vez mais explorados,

tornando-se assim um atual alvo de escrutínio científico, motivado não só pelo reconhecimento da diversidade de situações familiares e respetivas envolventes que constituem a sociedade moderna como pelo surgimento de diferentes modelos teóricos da abordagem familiar, e dando consequente origem a saber que se repercute nas famílias e na sua saúde, enquanto um todo único (Figueiredo, 2023, p. XIX).

Revela-se, assim, a importância da fomentação do desenvolvimento científico na área da Enfermagem de Saúde Familiar, particularmente para o enfermeiro especialista, já que esta denominação compreende a posse, pelo seu detentor, de “competência científica...para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). É, portanto, determinante que o EEESF, enquanto especialista, mobilize estas competências na sua prática, promovendo ações de intervenção atuais e fundamentadas.

O presente trabalho é composto por cinco capítulos, sendo que o primeiro se debruçará sobre o contexto da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, a caracterização do local de estágio e do ficheiro do enfermeiro de família. Já o segundo capítulo dedicar-se-á à fundamentação teórica dos principais modelos teóricos de enfermagem implementados. De seguida, o terceiro capítulo destina-se à abordagem das competências, comuns e específicas, do EEESF. Logo após surge o quarto capítulo, dedicado à Prática Especializada Baseada na Evidência. Dar-se-á então término a este relatório com a conclusão, onde se fará uma breve reflexão sobre a elaboração do mesmo, as limitações identificadas, as competências adquiridas e consolidadas e aspetos a considerar para o futuro.

2. Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar

O conceito de saúde constitui um pilar capital da Humanidade. Desde 1948 que a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental, tal como descrito no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos, publicada a 10 de dezembro desse ano pela Assembleia Geral das Nações Unidas, onde se realça o direito que todas as pessoas e famílias detêm à saúde e ao bem-estar (UNICEF, 2025). Já em Portugal, este direito vem a ser oficialmente reconhecido em 1976, ao ser inserido na Constituição da República Portuguesa, particularmente no artigo 64º, que estabelece o direito da proteção da saúde, bem como os deveres da sua defesa e promoção (Decreto de Aprovação da Constituição, 1976). Uma das medidas previstas neste artigo para concretizar este direito é a implementação “de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (Decreto de Aprovação da Constituição, 1976, artigo 64º, nº2, alínea a)). Além disto, a Constituição da República Portuguesa prevê o acesso garantido aos serviços de saúde de nível primário, secundário e terciário para qualquer cidadão, não obstante da sua situação financeira, bem como a alocação de serviços e recursos de saúde em quantidade eficiente para garantir a sua abrangência nacional (Decreto de Aprovação da Constituição, 1976, artigo 64º, nº3, alíneas a) e b)). Assim, a 15 de setembro de 1979, é aprovada a lei que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), como forma de o Estado Português dar resposta ao direito à saúde, nos termos previstos pela Constituição da República Portuguesa (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2023).

Tal como previsto pelo Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, o SNS é constituído por diferentes tipologias de unidade, conforme o seu nível de intervenção, sendo estas: agrupamentos de centros de saúde (ACES); unidades locais de saúde, hospitais/centros hospitalares e institutos de oncologia integrantes do setor público; o Instituto Nacional de Emergência Médica, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação; os SPMS; outras instituições do setor privado e/ou social que consagrem contratos de prestação de cuidados e/ou serviços de saúde (p.8). Este decreto distingue também cinco áreas de saúde pelas quais o SNS se organiza, sendo estas a região Norte, região Centro, região de Lisboa e Vale do Tejo, região do Alentejo e região do Algarve (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 6º).

Segundo este mesmo decreto, os ACES definem-se como as unidades a que está alocada a prestação de cuidados de saúde de nível primário, isto é, o contacto primário estabelecido entre a saúde e os utentes, sendo estes indivíduos, famílias e/ou comunidades, bem como a prestação de serviços no âmbito dos cuidados continuados integrados e dos cuidados paliativos, quando aplicável (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto). Assim, são diversas as tipologias de unidade funcional que integram um ACES, de acordo com a sua população-alvo e tipo de intervenção, estando, portanto, compreendidas as seguintes tipologias: as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP), as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e as unidades de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º).

As unidades de cuidados na comunidade caracterizam-se pela prestação de serviços nos domínios da saúde, social e psicológico, intervindo no contexto domiciliário, integrando a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e comunitário, enquanto agentes promotores da educação em saúde junto de diferentes tipos de comunidades, nomeadamente grupos vulneráveis (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º). A legislação portuguesa prevê que cada ACES seja composto por, no mínimo, uma UCC e que esta tipologia de unidade detenha uma equipa multidisciplinar composta não só por médicos e enfermeiros como também outros profissionais de saúde, nomeadamente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º).

Já as unidades de saúde pública focam-se em questões relacionadas com a saúde das comunidades e populações, a sua vigilância e gestão, e são compostas por profissionais especializados na área,

nomeadamente médicos e enfermeiros com formação específica neste tema, bem como outros profissionais, como técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º).

Por outro lado, as URAP são unidades funcionais cujo intuito se baseia na articulação das demais unidades do ACES com outros recursos, como por exemplo comunitários ou hospitalares, conforme as necessidades demonstradas pelos primeiros, prestando também serviços de consultadoria às unidades que assim o pretendam. AS URAP são usualmente constituídas por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, dentistas, terapeutas de diversas índoles e psicólogos, bem como outros tipos de profissionais, como assistentes sociais (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º).

Existem também as UCSP, que prestam cuidados personalizados aos utentes e são compostas por profissionais médicos, de enfermagem e assistentes técnicos e com uma metodologia organizacional distinta das USF (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, artigo 38º).

Finalmente surgem as unidades de saúde familiar, que se definem como unidades funcionais de prestação de cuidados personalizados a indivíduos e a famílias, no âmbito dos cuidados de saúde primários, com o propósito de assegurar o foco no utente e o acompanhamento contínuo ao longo do seu ciclo de vida (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro). São constituídas por equipas multidisciplinares que integram enfermeiros, médicos e assistentes técnicos, sendo que os primeiros devem deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar e os segundos o grau de especialista em medicina geral e familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

De acordo com a sua organização, as USF são distinguidas em modelo B e modelo C. O primeiro refere-se a unidades diferenciadas por apresentarem um número maior de utentes inscritos e abrangidos, bem como pelo acesso e assistência tidos como de qualidade superior, comparativamente a outras unidades, como as UCSP, o que atribui aos seus profissionais vencimentos concordantes com o desempenho da unidade (Governo da República Portuguesa, 2023). Já o segundo descreve unidades de índole complementar à atividade das USF modelo B, designadas para suprir necessidades não colmatadas pelas restantes unidades numa determinada unidade local de saúde (ULS), podendo ser de gestão pública ou privada (Decreto-Lei n.º 81/2024, de 31 de outubro). Ambas as tipologias de unidade detêm autonomia organizativa, funcional e técnica, coordenando-se com as restantes unidades funcionais da ULS a que pertencem “numa lógica em rede”, e devem abranger uma população compreendida entre 4.000 e 18.000 utentes, podendo este valor variar, em situações que o justifiquem, de acordo com as características demográficas da região em que se inserem (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro; Decreto-Lei n.º 81/2024, de 31 de outubro).

O atendimento e atividade de toda e qualquer USF do SNS rege-se pela Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro, que define os conceitos de carteira básica de serviços e de carteira adicional de serviços, enquanto pilares do serviço assistencial destas unidades. Assim, a carteira básica de serviços entende-se como “um compromisso assistencial nuclear (...) igual em tipo e qualidade”, ou seja, a base assistencial que qualquer USF deve apresentar, independentemente do seu modelo organizacional. Já a carteira adicional de serviços refere-se a todos os “serviços adicionais ou complementares” contratualizados os e disponibilizados pela unidade (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

2.1. Caracterização do Local de Estágio - USF

A USF L, local onde decorreram os ensinamentos clínicos, insere-se num centro de saúde – Centro de Saúde D - sito numa zona urbana de uma cidade da região centro, pertencendo à ULS-RL (SPMS, 2025a). Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários da ULS-RL encontram-se organizados por centros de saúde, sendo estes compostos por 3 tipologias de unidade, nomeadamente USF, UCSP e UCC. Assim, existem presentemente na

ULS-RL 10 centros de saúde, contabilizando um total de 24 unidades de saúde familiar, 9 unidades de cuidados de saúde personalizados, 9 unidades de cuidados na comunidade, 4 serviços de atendimento complementar e 1 serviço de atendimento permanente (Unidade Local de Saúde Região de Leiria, 2026).

Previamente à formação das unidades locais de saúde, particularmente à da região de Leiria, que se concretizou com o Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, e enquanto parte integrante da então existente ARS Centro, o Centro de Saúde D e, por conseguinte, a USF L, alocavam-se ao ACES Pinhal Litoral, que passou então a integrar a ULS-RL (Entidade do Tesouro e das Finanças, 2024).

Sito no espaço físico deste mesmo centro de saúde inserem-se outras duas unidades de saúde familiar, uma UCC e uma UCSP. Para além do atendimento prestado por estas, o Centro de Saúde D dispõe também de Serviço de Atendimento Complementar (SAC), que funciona aos sábados, domingos e feriados entre as 09h00 e as 13h00, no espaço físico da UCSP (SPMS, 2025a).

A USF L classifica-se como uma unidade modelo B, tendo iniciado a sua atividade a 3 de setembro de 2013. Enquanto USF, a sua missão vai de encontro ao previsto pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 novembro, centrando-se na prestação de serviços de elevada qualidade e que assegurem o acesso e contiguidade dos cuidados prestados à população que abrange, com a visão de melhoria contínua e trabalho em equipa no sentido da promoção da atuação dos cuidados de saúde primários (SPMS, 2025b). Designam também um conjunto de valores que sustentam a sua prática, sendo estes “Honestidade, Solidariedade, Motivação, Humildade, Ética Profissional, Respeito, Compromisso, Comunicação, Responsabilidade, Empenho, Rigor científico, Competência, Profissionalismo, Eficiência, Humanização, Tolerância, Interajuda, Organização, Disponibilidade, Zelo Profissional, Dedicação, Lealdade, Confiança, Sinceridade, Frontalidade” (SPMS, 2025b).

De acordo com o BI-CSP, atualmente encontram-se inscritos nesta USF 10912 utentes, sendo a sua maioria do sexo feminino, com 5842 mulheres, enquanto que do sexo masculino se apresentam 5070 utentes. Deste total, apenas um utente se apresenta sem médico de família. No refere à faixa etária, a mais representada é a dos 7 aos 64 anos, com 7878 utentes inscritos, dos quais 3742 homens e 4136 mulheres. Destas últimas, 2324 encontram-se no grupo de período fértil, que se refere às idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos. Segue-se a faixa etária das idades entre os 65 e os 74 anos, com 1310 utentes, sendo destes 741 mulheres e 569 homens. Em terceiro lugar encontra-se a faixa etária dos com idade igual ou superior a 75 anos, com 745 mulheres e 502 homens, perfazendo um total de 1247 utentes. Por último, a faixa etária com menor representação numérica é a das idades iguais ou inferiores a 6 anos, apresentando um total de 477 utentes, dos quais 220 são do sexo feminino e 257 do sexo masculino. Destes, apenas 47 se encontram no primeiro ano de vida, com 32 crianças do sexo masculino e 15 do sexo feminino. Ainda relativamente aos utentes da USF, apresenta-se um índice de dependência total de 54,06% (SPMS, 2025b).

De acordo com os dados referentes a dezembro de 2025, a USF L apresentava um Índice de Desempenho de Equipa (IDE) de 77,10 (SPMS, 2025c). De acordo com a Portaria nº 411-A/2023, o IDE, para as USF de modelo B, refere-se ao “trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional da USF modelo B, considerando as dimensões de acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição e integração de cuidados” e calcula-se em função dos indicadores da unidade e o seu cumprimento. Assim, tendo em conta os valores apresentados a dezembro de 2025, dos 43 indicadores contratualizados, a USF L apresentava cumprimento de 42, excetuando-se, portanto, 1 indicador, dado como não cumprido. Dos restantes, 37 davam-se como superados e os restantes 5 como atingidos (SPMS, 2025c).

No que refere a recursos humanos, a USF L é constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros, 5 secretários clínicos e 3 internos. O seu horário de funcionamento inicia-se às 08h00 e termina às 20h00, de 2ª a 6ª feira, estando encerrada aos sábados, domingos e feriados (SPMS, 2025b).

Relativamente ao espaço físico e equipamentos, a USF L dispõe de 1 sala de secretariado, 1 sala de espera, 14 gabinetes médicos e de enfermagem, 2 casa de banho – uma para utentes e uma para profissionais -, 1 sala de reuniões e 1 copa de refeições. A sala de secretariado dispõe de secretárias, cadeiras, armários, computadores, telefones fixos, impressoras e placares expositores. A sala de espera dispõe de cadeiras, mesas de apoio, placares expositores e dispensadores de folhetos informativos. Cada gabinete dispõe de secretária, cadeiras, armário, computador, telefone fixo e outro material de suporte, nomeadamente macas, mesas de apoio, balanças e esfigmomanómetro. A sala de reuniões dispõe de mesas, cadeiras, armários, computador e placares expositores. A copa de refeições dispõe de mesas, cadeiras, armários, frigorífico e micro-ondas.

Além disto, a unidade dispõe também de material de consumo clínico, como apósitos diversos e restante material de penso, material de avaliação do pé diabético (monofilamentos, diapasão e doppler), fitas métricas e craveira. Existem também frigoríficos para a conservação de material, como vacinas e anéis vaginais. A unidade dispõe ainda de uma mala de emergência, contendo material diverso necessário para situações de urgência/emergência, nomeadamente fármacos, material de manutenção de via aérea, soroterapia e material de punção. Existe também um desfibrilhador automático externo (DAE), sendo este de uso partilhado entre as unidades sitas no Centro de Saúde D, encontrando-se, por isto, disponível em local acessível a estas, sendo este na zona central do mencionado edifício, área de acesso dos profissionais de saúde ao mesmo.

No que refere à atividade e atendimento da unidade, e considerando o disposto pela Portaria nº 1369/2007, de 18 de outubro, a USF L contempla a prestação de serviços de saúde no âmbito dos seguintes programas (USF L, 2023, p.47): “Consulta Aberta / Consulta de Intersubstituição – situações agudas”; “Saúde do Adulto”; “Programa de Saúde Infantil e Juvenil”; “Programa de Saúde da Mulher: Saúde Materna e Planeamento Familiar, Consulta de Menopausa”; “Programa de HTA e DCV” - referente a Hipertensão Arterial e Doença Cardiovascular; “Programa de Diabetes”; “Programa de Rastreio: mama, colo uterino e CCR” - referente a cancro do cólon e reto; “Programa de Cuidados Domiciliários”; “Programa de Vacinação”; “Programa HIV/SIDA” – referente a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA); “Programa Hipocoagulados” – referente à assistência preconizada para utentes sob terapêutica anticoagulante que requeira monitorização periódica frequente.

Para além dos atendimentos de Enfermagem realizados no âmbito destes programas, a atividade do enfermeiro, nesta unidade, irá além disto, procedendo também a outro tipo de atendimentos, inerentes à sua atividade profissional, nomeadamente a realização de consulta de Enfermagem, tanto a grupos considerados vulneráveis como aos restantes, o tratamento de feridas, em contexto de unidade ou domiciliário, a educação para a saúde e a coordenação do Plano Nacional de Vacinação no âmbito da população atendida pela unidade (USF L, 2023, p. 44).

Uma das modalidades contempladas na carteira básica de atendimentos de enfermagem é a visita domiciliária, que se constitui como um dos momentos privilegiados para a consecução da atividade de Enfermagem. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), é preconizado que qualquer enfermeiro participe “na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário” (artigo 9º, alínea d)), não obstante da sua qualificação profissional. Já a OE (2021), no seu Parecer n.º 53/2021, define a consulta de enfermagem no domicílio como ‘a consulta de enfermagem que

ocorre no domicílio da pessoa, entendido como “o alojamento familiar ou alojamento coletivo onde habitualmente reside o indivíduo” (p. 3, alínea e)) e preconiza que, no âmbito dos cuidados de saúde primários, esta tipologia de atendimento tenha uma duração de 60 minutos, seja esta de especialidade ou não. É, assim, previsto pela legislação portuguesa que o contexto domiciliário faça parte da prática profissional de Enfermagem.

Por forma a assegurar o cumprimento do que está predisposto pela lei no que refere à visita domiciliária, a USF L define critérios para a sua realização, destinando-se, então, a utentes “dependentes e impossibilitados de se deslocar à unidade ou doentes cujo transporte necessite de ambulância coletiva ou individual, desde que residentes na área geográfica de atuação da USF” (USF L, 2023, p. 28). Determina também que a consulta de enfermagem do domicílio poderá ser realizada por iniciativa da equipa de saúde ou por solicitação do próprio utente ou seu cuidador, sendo que, nestes últimos casos, a resposta deverá ser dada no máximo em 1 dia útil. Além disto, USF L estabelece situações que deverão ser consideradas prioritárias para visita domiciliária, nomeadamente “situações de doença aguda ou a agudização de doença crónica” (USF L, 2023, p. 28). No sentido de agilizar a concretização deste tipo de atendimento, a USF L designa a alocação de 1 hora a 1 hora e 30 minutos semanais para a visita domiciliária, permitindo assim a concretização de 1 a 2 consultas domiciliárias por semana e por ficheiro clínico (USF L, 2023, p. 28).

Para além disto, e atendendo ao avanço tecnológico a que se assiste atualmente e como este influencia a sociedade em vários níveis, nomeadamente a forma como o ser humano se relaciona entre si e o meio, o que inevitavelmente afeta o setor da saúde, tratando-se de uma área que se faz de e para pessoas, testemunha-se uma transformação na prestação dos cuidados de saúde que requer um acompanhamento evolutivo por parte da Enfermagem e seus profissionais. Neste sentido, o atendimento telefónico surge como um dos métodos mais utilizados na atividade de Enfermagem, uma vez que recorre a um instrumento que está frequentemente presente no dia-a-dia, tanto do profissional como do utente – o telefone (Martins, 2009). Esta praticidade e disponibilidade favorecem o atendimento telefónico como ferramenta da consecução da ação do enfermeiro, aproximando-o dos seus utentes em situações que poderiam, de outra forma, ser distanciantes, como são exemplos os casos de migração temporária ou permanente a que muitos utentes estão sujeitos, pondo assim em causa a relação terapêutica estabelecida. Atendendo a isto, a USF L preconiza o atendimento telefónico de Enfermagem, referindo-se, portanto, ao contacto realizado por parte dos enfermeiros com os utentes por via telefónica. Este atendimento é realizado aquando do período de funcionamento da unidade e seus profissionais e entre os contactos programados, por forma a prevenir constrangimentos no atendimento presencial (USF L, 2023).

O atendimento telefónico poderá ser realizado por iniciativa do enfermeiro ou do utente, estando disponível o contacto da unidade tanto presencialmente, no espaço físico da própria, como *online*, facilitando assim o acesso dos utentes ao mesmo. Caso o utente proceda ao contacto telefónico, será primeiramente atendido por um assistente técnico, que reencaminhará a chamada para o profissional, quando possível. Caso não o seja, por indisponibilidade deste último, o assistente anota a informação relativa ao contacto e transmite-a ao enfermeiro, que retornará o contacto, de acordo com a sua disponibilidade e o seu horário de trabalho (USF L, 2023, p. 47). Desta forma, a unidade promove a acessibilidade dos utentes aos seus serviços e permite a gestão e manutenção de contactos que estariam, de outra forma, sem o acompanhamento necessário e adequado.

Outro dos focos da atividade desta USF, atendendo ao número de utentes inscritos e variedade de atendimentos realizados, bem como de qualquer unidade funcional dos Cuidados de Saúde Primários, prende-se com a acessibilidade dos utentes, ou seja, o acesso que estes têm a serviços de saúde, estando este conceito

contemplado na missão e nos princípios destas unidades funcionais (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro). Por forma a assegurar a promoção desta acessibilidade na unidade, tal como previsto pela legislação portuguesa, a USF L definiu um conjunto de estratégias a aplicar, baseando-se estas na transmissão de informação sobre assuntos que influenciam este acesso, nomeadamente o horário de consultas e de atendimento pelos profissionais, as regras de acesso e relacionadas com as consultas agendadas, nomeadamente o comparecimento dos utentes 15 minutos antes do horário agendado para a consulta para confirmar consulta, e a divulgação dos serviços disponibilizados pela unidade (USF L, 2023). Para assegurar a obtenção desta informação pelos utentes, a unidade apresenta a mesma exposta no seu espaço físico, em quadros informativos e em folhetos, disponíveis à entrada e na sala de espera. Além disto, a USF L reforça que a promoção deste acesso não se restringe apenas ao atendimento pelos médicos e enfermeiros, passando também pelos assistentes técnicos, que são os primeiros a contactar com o utente e, portanto, apresentam oportunidade de transmitir informações relacionadas com os serviços da unidade, fomentando esta acessibilidade (USF L, 2023). A unidade compromete-se, ainda, ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, tal como previsto pela carta de direitos de acesso do utente ao SNS, e à sua monitorização trimestral, divulgação de resultados e implementação/publicitação de medidas corretivas, caso estes tempos não sejam cumpridos (USF L, 2023).

Além disto, a USF L integra, no seu Regulamento Interno, o circuito geral do utente e de acessibilidade do utente, por forma a sistematizar o percurso deste desde o momento em que acede à unidade até que sai. Assim, o circuito do utente inicia-se pela chegada do mesmo à unidade, dirigindo-se então ao assistente técnico, que verifica se este tem ou não consulta agendada e procede ao registo administrativo conforme, encaminhando-o concordantemente. Caso o assunto se trate de uma questão administrativa, será então resolvida pelo assistente técnico e, uma vez resolvida, o utente ausenta-se da unidade. Caso seja um assunto de índole médica ou de enfermagem e se tiver consulta marcada, o utente é encaminhado para o profissional a concretizar a mesma. Caso não tenha consulta agendada, tratando-se de uma situação aguda, é efetuada marcação de consulta aberta ou de intersubstituição e o utente é, então, atendido pelo médico ou enfermeiro. Não se tratando de uma situação aguda, é realizado o agendamento de consulta, tendo em consideração os tempos máximos de resposta garantidos. Poderá tratar-se, ainda, de um contacto indireto, indicado para a renovação de receituário, entrega de exames ou outras situações que não requeiram contacto presencial. Neste caso, o assistente técnico realiza o registo deste contacto e encaminha o utente no sentido de regressar à unidade aquando da possibilidade de obtenção daquilo que solicitou, podendo então este ausentar-se da unidade (USF L, 2023).

Finalmente, a segurança na prestação de cuidados surge como outros dos focos de atenção no funcionamento da USF L. Atendendo ao ambiente dos cuidados de saúde, que é, pela sua natureza, um onde a possibilidade de ocorrerem situações de urgência e emergência é permanente, e considerando o contexto da prestação de cuidados de saúde como um que poderá incorrer no condicionamento da segurança dos utentes, a USF L desenvolveu um programa de gestão de incidentes, no sentido de promover a segurança de quem usufrui dos serviços prestados nesta unidade. Neste documento, é definida a classificação dos incidentes, os passos a tomar perante um incidente, o modo de atuação e o registo do incidente.

Primeiramente, a USF L (2025) define incidente como “um evento relacionado com um utente que coloca em risco a respetiva segurança, que foi detetado pela unidade funcional (independentemente de ter ou não sido percecionado pelo utente)” (p. 1). Afirma também que os incidentes podem ser classificados consoante o seu tipo e o índice de risco. Relativamente ao tipo, ou natureza, os incidentes poderão classificar-se como clínicos, estruturais, informáticos, de comunicação, material, equipamentos, higienização espaço, violência contra

profissionais ou outros (USF L, 2025, p. 2). Quanto ao índice de risco, este calcula-se através da multiplicação entre a probabilidade e a severidade da ocorrência (USF L, 2025, p. 2).

Perante um incidente, a USF L (2025) define os seguintes passos a cumprir: primeiramente, a “deteção do incidente” (p. 1), que compreende a sua identificação e reporte; de seguida, a “triagem” (p. 1) do incidente, que pressupõe a avaliação e categorização do mesmo; posteriormente, a “análise” (p. 1) do incidente, momento direccionado à identificação do sucedido e quais as medidas que poderiam ter sido tomadas; finalmente, a “resposta”, ou seja, a tomada de ação para resolução do incidente (p. 1).

Quanto ao registo do acidente, este deve ser realizado através do preenchimento de um quadro formulado pela USF L, que contempla a identificação do tipo de acontecimento, a data do mesmo, a identificação do acontecimento, o risco associado, a identificação de quem o detetou, a resposta dada e a resolução do mesmo (USF L, 2025, pp. 3-5). Este registo é da responsabilidade do profissional que deteta o incidente, devendo guardá-lo em pasta destinada para o efeito informaticamente disponível, sendo este posteriormente utilizado para análise em reunião e para auditorias internas anuais (USF L, 2025, p. 3-6).

Para além disto, e tal como mencionado anteriormente, existe um DAE disponível no Centro de Saúde D, cuja utilização é destinada a todas as unidades sitas no mesmo. Existe também uma mala de emergência de uso unicamente destinado à USF L, contendo material diverso, como abordado previamente. Para assegurar o correto uso e manutenção do DAE e da mala de emergência, a USF L desenvolveu um procedimento de utilização da mala de urgência e de aplicação do DAE, onde discrimina a composição da mala, o material que contém e a sua manutenção, bem como as características do DAE, a suas indicações e contraindicações, o modo de utilização e de manutenção (USF L, 2024, pp. 1-7). Neste documento, está descrito que o DAE poderá ser utilizado por pessoal que não profissionais de saúde, uma vez que este aparelho recorre a instruções de voz que orientam o utilizador no momento do seu uso, destacando-se ainda assim a preferência pela detenção de formação no uso deste DAE e em suporte básico de vida (USF L, 2024, p. 11).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, dentro do contexto da USF L, foi possível contactar também com outra unidade sita no mesmo centro de saúde, no caso a UCC, que iremos aqui nomear como UCC G. O contacto com esta unidade deu-se em dois momentos distintos de forma presencial. No primeiro contacto com a UCC, assisti ao processo de organização e estruturação do curso de preparação para o parto e parentalidade, momento em que se contactam as grávidas referenciadas para este projeto, definem-se as turmas a participar no mesmo e planeiam-se as sessões a dinamizar. Pude também assistir ao processo de referenciação da grávida, realizada pelo enfermeiro de família da mesma a partir das 20 semanas de gestação, sendo este processo realizado através do SClínico dos Cuidados de Saúde Primários (SClínico CSP®). As turmas eram compostas por um máximo de 15 grávidas, incentivando-se também à participação de uma figura significativa da grávida, podendo tratar-se de um familiar, parceiro ou amigo. Para a formação das turmas, priorizaram-se as grávidas com tempos gestacionais mais avançados, por forma a garantir que cumpram o curso atempadamente, antes do nascimento do bebé. A informação acerca do curso de preparação para o parto foi transmitida primeiro por contacto telefónico e posteriormente via correio eletrónico, contendo este suporte documental que a grávida deverá consultar para a frequência do curso.

Já no segundo momento de contacto presencial com a UCC tive oportunidade de assistir a 2 sessões de educação para a saúde no âmbito da higiene corporal, realizadas num jardim de infância, a 2 turmas de crianças com idades entre os 3 e os 5 anos. As sessões tiveram duração de cerca de 45 minutos cada. A metodologia implementada foi expositiva, demonstrativa e interrogativa, procurando envolver as crianças na sessão. No sentido de dinamizar, utilizou-se a estratégia do conto de uma história sobre a anatomia do corpo,

recorrendo a um livro ilustrativo sobre esta temática, bem como a imagens mostrando os vários passos da higiene corporal, facilitando assim a compreensão e participação das crianças.

O contacto presencial com a UCC G revelou-se crucial para o percurso académico realizado em função do MECAESF, possibilitando a aquisição de conhecimentos na área da intervenção comunitária e dos programas disponíveis para a população, revelando-se uma ferramenta essencial para obter ganhos em saúde. O reconhecimento dos projetos dinamizados pelas unidades de cuidados na comunidade é de particular relevância para o EEESF, uma vez que as famílias de quem cuida, nas diferentes fases do ciclo vital, poderão aceder a estas formações, onde irão adquirir competências para a vivência saudável do processo que estão a experienciar, promovendo assim a sua saúde e bem-estar. Portanto, cabendo ao EEESF fomentar este bem-estar, é da sua responsabilidade identificar os recursos da comunidade e dá-los a conhecer às suas famílias, surgindo então como um elo de ligação entre os indivíduos/famílias e os projetos de intervenção comunitária.

2.3. Caracterização do Ficheiro do Enfermeiro de Família

O termo “ficheiro”, tal como presentemente utilizado, refere-se ao conjunto de utentes e famílias a que um profissional de Enfermagem presta cuidados, enquanto enfermeiro de família, no contexto de USF ou UCSP. Conhecer o ficheiro e a população a quem se presta cuidados mostra-se relevante, uma vez que através disto se poderá identificar com maior facilidade as necessidades da mesma, objetivando a melhoria contínua de cuidados. Aliado a isto, é de particular relevância para o EEESF ter noção das famílias que constituem esta população alvo dos seus cuidados, bem como as características que as definem, já que isto irá traduzir-se necessariamente no trabalho que desenvolve enquanto especialista, voltando o seu foco para a unidade que é cada família e averiguando quais as suas forças e carências, por forma a delinear prioridades nas atividades que desenvolve com estas e, assim, tornar a sua intervenção mais eficiente.

Para proceder à caracterização do ficheiro do enfermeiro de família, trabalhado ao longo dos ensinamentos clínicos do curso de mestrado, foram recolhidos dados das plataformas mim@uf[®] e SClínico CSP[®]. A recolha de dados foi realizada em janeiro de 2026, sendo que os dados disponíveis à data, e aqui apresentados, são referentes ao mês de novembro de 2025.

À data referida, o ficheiro em questão era composto por um total de 1698 utentes, dos quais 910 do sexo feminino e 788 do sexo masculino, e 723 famílias. Estes números ultrapassam os valores sugeridos e considerados adequados pelo Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, que recomenda um total de 1.550 utentes e/ou 350 famílias por enfermeiro, em contexto de USF. Como tal, com rácios superiores aos preconizados por lei, poderá em algum momento pôr-se em causa a qualidade dos cuidados prestados, já que com o aumento do número de famílias, aumentarão também necessariamente as exigências apresentadas, aos quais o enfermeiro de família terá que garantir resposta adequada. No entanto, reconhece-se no EEESF um conjunto de capacidades que o habilitam para formular estratégias que possibilitam fornecer a resposta necessária a esta população acrescida, particularmente as competências nos domínios de gestão de cuidados e de responsabilidade profissional, ética e legal. Tal era o caso da enfermeira de família atribuída ao ficheiro presentemente trabalhado e que orientou os ensinamentos clínicos desta aluna. Assim, foi possível proceder à gestão eficaz dos cuidados prestados, articulando com o profissional médico de referência do ficheiro e, quando necessário, com os demais enfermeiros, por forma a garantir a resposta adequada às famílias e utentes. Além disto, foram postas em prática as medidas preconizadas de manutenção da segurança destes, no sentido de efetivar os cuidados prestados. Para além disto, o facto de este ficheiro estar sob o domínio da referida enfermeira há vários anos permite-lhe deter um conhecimento aprofundado sobre as necessidades que se apresentam e, assim, formular planos de acordo com estas e gerir os cuidados de forma mais eficaz.

Dos 1698 utentes referidos, 464 têm idade igual ou superior a 65 anos, sendo que 215 têm idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos e os restantes 249 apresentarão idade igual ou superior a 75 anos.

No total do ficheiro, a grande maioria dos utentes apresenta idades entre os 0 e os 64 anos, representando um todo de 1234 utentes, traduzindo-se em cerca de 72,67% do ficheiro. Destes, 631 são mulheres e 603 homens. Da população feminina, existem 422 utentes em período fértil, isto é, com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos.

No que refere ao número de utentes inerentes ao ficheiro por programa de saúde, e considerando os programas de saúde integrados na atividade da USF L, é necessário ter em conta que a maioria dos utentes do ficheiro em questão terão associado mais do que um programa. Assim, apresenta-se de seguida o número de utentes pertencentes ao ficheiro em estudo por programa de saúde associado:

- Programa Nacional de Saúde Infantil: 212 utentes;
- Programa Nacional de Saúde Juvenil: 153 utentes;
- Programa de Saúde do Adulto: 851 utentes;
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas: 351 utentes;
- Programa de Planeamento Familiar: 367 utentes;
- Programa de Saúde Materna: 6 utentes
- Programa Nacional de Saúde Mental: 29 utentes;
- Programa de Rastreio Oncológico: 5 utentes;
- Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero: 88 utentes;
- Programa de Rastreio do Cancro do Colon e Reto: 66 utentes;
- Programa de Hipertensão: 426 utentes;
- Programa Nacional para a Diabetes: 154 utentes;
- Programa de Dependentes: 21 utentes;
- Programa de Hipocoagulados: 11 utentes.

Atendendo aos dados aqui apresentados e associando aos previamente explanados, referentes ao número de utentes no ficheiro por faixa etária, é possível notar que existe alguma discrepância em certos programas, nomeadamente no de Saúde para as Pessoas Idosas, que se encontra associado a 351 utentes, sendo que o ficheiro contempla 464 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, classificando-se assim como idosas. O mesmo acontece com o programa de Planeamento Familiar, que se encontra associado a 367 utentes, sendo que se identificam 422 utentes do sexo feminino em idade fértil no ficheiro. Tais discrepâncias foram alvo de atenção no decurso dos ensinos clínicos, tendo-se procurado associar os programas adequados aos utentes com que se contactava, no sentido de uniformizar a informação disponível e adequar os cuidados a prestar.

À parte disto, importa para o EEESF deter informação sobre os programas que cada utente apresenta associados ao seu plano de saúde, uma vez que isto não só reflete o estado de saúde do utente como terá impacto para a família a que pertence. Cada programa de saúde centra-se num fenómeno que requer atenção particular, sendo por isso alvo de padronização de focos a identificar e estratégias a implementar. Reconhece-se, portanto, nestes programas a existência de ocorrências que terão impacto na saúde e bem-estar da pessoa e família. Tal poderá referir-se tanto a situações de transição normativa do ciclo vital, como é o caso da Saúde Materna e da Saúde Infanto-Juvenil, como a transições de saúde-doença, como será o caso da Hipertensão, Diabetes ou Saúde Mental. Isto traz dados importantes para a abordagem familiar, já que qualquer

transformação que se dê num elemento da família irá influenciar os restantes indivíduos da mesma e a própria dinâmica entre estes, incorrendo então em mudanças. Do mesmo modo, a adaptação de cada indivíduo à transição será influenciada pela própria família, podendo esta representar uma fonte de forças a canalizar para a vivência positiva da mudança ou, por outro lado, ressaltar défices com potencial para evoluir e que requeiram intervenção. Tudo isto será também condicionado pelas crenças e costumes da família, o que é fortemente influenciado pela sua cultura. Tendo em conta que atualmente vivemos numa sociedade cada vez mais heterogénea do ponto de vista cultural, com movimentos migratórios mais frequentes, importa atender igualmente a esta dimensão, por forma a compreender como cada família percebe e responde perante as diferentes transições. Assim, torna-se perceptível a importância do conhecimento sobre os programas de saúde atribuídos a cada utente do ponto de vista da intervenção familiar, para o EESF.

Para além destes dados, é crucial que cada enfermeiro de família, e em particular o EEESF, tenha conhecimento sobre as famílias que constituem o seu ficheiro, não só no que refere ao número de elementos que a compõem como ao tipo, já que isto irá ditar a sua abordagem perante as mesmas. Assim, relativamente à caracterização das famílias do ficheiro aqui trabalhado, a grande maioria trata-se de famílias unitárias (238 famílias), seguindo-se as famílias de 2 elementos (185 famílias), as de 3 elementos (164 famílias), de 4 elementos (97 famílias), de 5 elementos (28 famílias), de 6 elementos (8 famílias), de 7 elementos (2 famílias) e terminando com 1 família de 8 elementos, sendo esta a família mais numerosa do ficheiro. Não foi possível caracterizar estas famílias de acordo com a sua tipologia ou etapa do ciclo vital em que se encontram, uma vez que tal informação não se encontrava discriminada nas plataformas utilizadas para a recolha dos dados aqui apresentados. Posto isto, tendo em conta o município em que se insere a USF e os dados existentes sobre as famílias residentes neste, recolhidos pelos Censos 2021, é possível fazer uma breve explanação do número de famílias residentes por tipologia.

À data de 2021, existiam no referido município 38.924 núcleos familiares, dos quais 26.268 eram casais de direito, isto é, unidos por matrimónio, e 6.437 eram casais de facto, ou juntos por união de facto. Dos casais de direito, 11.321 não tinham filhos, enquanto os restantes 14.947 tinham. Já nos casais de facto, a maioria possuía filhos, num total de 3.712 núcleos, contrariamente aos 2.725 restantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Do total de núcleos acima referidos, 6.219 tratavam-se famílias monoparentais, sendo que, na maioria, o progenitor presente era a mãe, num total de 5.268 famílias. Já os casos em que o progenitor presente era o pai representavam um total de 915 famílias (INE, 2021).

Existiam, também, à data dos últimos censos, 1.421 famílias reconstituídas, bem como 1.932 famílias do tipo alargado, estando estes números incluídos nos dados apresentados relativamente aos casais de direito, casais de facto e famílias monoparentais (INE, 2021).

Perante estes dados, e tendo em conta que retratam a população do município em que se insere a USF, sendo, portanto, a mesma a quem os cuidados prestados por esta unidade serão dirigidos, é possível constatar que, na sua maioria, as famílias que irão recorrer à USF serão famílias do tipo nuclear clássico, isto é, o casal com filhos. No entanto, denota-se também marcada presença das restantes tipologias de família, ou seja, nucleares sem filhos, monoparentais, reconstituídas e alargadas, sendo isto um dado importante na formulação de cuidados, uma vez que permite ao enfermeiro de família conhecer de forma mais aprofundada cada família, a sua dinâmica, as suas necessidades e forças e, com base neste conhecimento, planear cuidados personalizados e adequados.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, a experiência de contactos foi compatível com a realidade descrita pelos Censos 2021, tendo realizado consultas maioritariamente a famílias do tipo nuclear clássico, ainda que em diferentes estádios do ciclo vital familiar, desde casais com recém-nascidos a filhos adultos que acompanhavam os pais

idosos nas idas à unidade, tendo-se também contactado frequentemente com agregados do tipo unitário. É de notar que existe a possibilidade de alguns erros na aglomeração dos agregados familiares, devido à falta de atualização de dados por parte dos utentes e famílias, bem como à permanência de utentes associados ao ficheiro do enfermeiro de família que já não recorrem à unidade há longos períodos de tempo, tendo sido identificados casos de utentes que não o fazem por terem mudado o local de residência, tanto dentro do país como para o estrangeiro, obtendo-se estas informações através de outros familiares cujo contacto surge associado à ficha do utente.

3. Fundamentação Teórica

Existem diversas teorias e modelos que contribuem para a prática atual da Enfermagem, sendo esta uma ciência em constante desenvolvimento. Assim, importa abordar de forma mais aprofundada aqueles que mais presentes estiveram e que toldaram a atividade desenvolvida ao longo do curso previamente mencionado. Como tal, o presente capítulo debruçar-se-á sobre os referenciais teóricos que se destacaram na consecução do papel da aluna no decorrer do mestrado e, particularmente, dos ensinamentos clínicos que o integram.

A utilização do processo de Enfermagem apresenta-se como um dos pilares fundamentais da atividade de qualquer enfermeiro, implicando, na sua fase inicial, a avaliação, ou seja, a recolha, análise, apreciação e documentação de toda a informação relevante para a formulação de um plano de cuidados que, por sua vez, irá introduzir intervenções elaboradas de acordo com os diagnósticos e prioridades estabelecidos, em parceria com o utente, sempre que possível (Regulamento nº 190/2015, de 23 de abril). Assim sendo, é fundamental para o EEESF a avaliação adequada das famílias, enquanto foco da sua atividade, para a sua prática profissional, uma vez que servirá de base para a formulação do processo de enfermagem e que, consequentemente, uma avaliação inadequada poderá incorrer em intervenções inapropriadas e/ou ineficazes, influenciando negativamente a obtenção de ganhos em saúde (Kerr & Bowen, 1988). Também a intervenção deverá ter em conta o tipo de cliente, no caso a família, adaptando-se a este, já que a abordagem será diferente daquela utilizada perante uma pessoa isoladamente. Tratando-se de um sistema, é imperativo considerar não só as necessidades de cada um dos seus indivíduos como da família num todo e envolver esta na formulação e aplicação das intervenções mais apropriadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023). Tendo isto em consideração, a OE promulga, na sua Tomada de Posição nº 01/2023, a utilização do MCAIF como modelo teórico em que o EEESF deve basear a sua prática, considerando-o como o referencial que permite a visão mais abrangente e completa da família enquanto unidade de cuidados (OE, 2023). Assim, no presente capítulo far-se-á uma abordagem teórica deste modelo.

Aliado a isto, e tendo em conta a premissa assistencial das USF em garantir o acompanhamento contínuo dos utentes e famílias ao longo do seu ciclo de vida, tal como descrito pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, revela-se crucial a abordagem teórica do ciclo de vida familiar. Existem diferentes estratificações e nomeações das fases do ciclo vital da família, sendo que, para o trabalho atual, tratar-se-á a classificação de Duvall e Miller, uma vez que é um dos modelos mais reconhecidos e aplicados, sendo o modelo mais utilizado nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal e estando integrado no seu sistema informático, o SClínico CSP®.

Ainda como bases referenciais apontadas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2023) para a prática do EEESF surgem o Modelo de Forças e a Teoria Geral dos Sistemas, tal como descrito na Tomada de Posição nº 01/2023, onde se afirma que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar deve incluir estes referenciais na sua prática, juntamente com outros modelos, apoiando esta indicação na Tomada de Posição de 2015 da Associação Internacional dos Enfermeiros de Família. Como tal, ir-se-á também abordar estes dois referenciais teóricos no presente capítulo.

Finalmente, atendendo à transformação que se observa atualmente nas comunidades, e a que se pôde assistir no decorrer dos ensinamentos clínicos, com o aumento do número de indivíduos estrangeiros na população portuguesa, e com representação também significativa no ficheiro trabalhado, e considerando que a atividade do enfermeiro será tão mais efetiva quanto adaptada for ao cliente, preconizando uma visão bio-psico-socio-cultural e espiritual do mesmo, optou-se por abordar também a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, também conhecida como *Culture Care Theory* (CCT), da autoria de Madeleine Leininger.

Nos dias presentes, assistimos a um movimento de migração marcado a nível mundial – segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2025), existem cerca de mil milhões de migrantes no mundo, o que representa um oitavo da população global. O mesmo se verifica em Portugal que, de acordo com o Relatório de Migrações e Asilo 2024, contava na sua população com um total de 1.543.697 residentes de nacionalidade estrangeira, contabilizando um aumento de 18,3% em relação ao ano anterior. Destes, a grande maioria são provenientes do Brasil, seguindo-se as nacionalidades indiana, angolana e ucraniana, entre outros (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025).

A migração é um fator determinante de saúde, principalmente para os próprios migrantes, uma vez que estes estão expostos a situações que a influenciam fortemente, nomeadamente a xenofobia, a discriminação, condições precárias de emprego e habitação e acesso dificultado aos serviços de saúde (OMS, 2025). Assim, atentando ao contexto de mutação da população portuguesa e considerando a importância dos cuidados de saúde primários no bem-estar da comunidade e, por conseguinte, o papel fulcral do EEESF como elemento promotor da saúde dos indivíduos e famílias que integram as ditas comunidades, revela-se crucial a compreensão das componentes social e cultural dos clientes, de forma a adaptar as suas intervenções e obter melhores resultados em saúde.

3.1. Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

Tal como abordado anteriormente, constata-se que o processo de Enfermagem constitui a base da atividade do enfermeiro, sendo assim reconhecido pela legislação portuguesa a sua utilização no desenvolvimento da prática de cuidados como uma competência do enfermeiro (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril). Este processo é composto por 5 fases distintas, que em conjunto resultam num plano de cuidados, sendo estas a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos, o planeamento – fase em que se definem objetivos e intervenções a aplicar -, a implementação – momento de aplicação das intervenções designadas - e a avaliação final - fase de averiguação dos resultados obtidos (Potter & Perry, 2006, *as cited in* Almeida, 2011). Considerando a família como a unidade de cuidados do EEESF, e tendo em conta as diversas dimensões desta unidade e a sua complexidade, é importante realizar uma avaliação completa e estruturada, por forma a possibilitar a definição de áreas a trabalhar e implementar as intervenções mais adequadas, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Para tal, existem diversos instrumentos de avaliação e intervenção familiar, sendo que a OE (2023, p.2) preconiza um destes como modelo orientador da prática do EEESF- o MCAIF. De acordo com a OE (2023), este apresenta-se como o instrumento mais adequado a implementar na abordagem familiar, uma vez que reconhece a família como um sistema, aberto e sujeito a constante mutação, baseando-se em referenciais teóricos relevantes na compreensão do funcionamento familiar, nomeadamente a Teoria dos Sistemas, a Cibernética, a Comunicação e a Teoria da Mudança (OE, 2023, p.2; Wright & Leahy, 2011). Além disto, é um modelo que permite avaliar as dimensões estrutural, desenvolvimental e de funcionamento da família, possibilitando assim uma visão holística desta de uma forma estratificada e organizada (OE, 2023, p.2).

O MCAIF é um modelo de avaliação e intervenção familiar da autoria de duas enfermeiras – Lorraine M. Wright e Maureen Leahey -, tendo surgido pela primeira vez em 1984, na sua primeira edição, e sofrido várias revisões desde então. É composto por duas componentes – o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar (MCIF) (Wright & Leahey, 2011). Para melhor compreensão destas duas componentes, abordar-se-ão de seguida as mesmas separadamente.

3.1.1. Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

O MCAF consiste num instrumento de avaliação da família, tal como o nome indica, e divide-se em 3 categorias - estrutural, desenvolvimental e funcional –, sendo que cada uma destas é composta por outras subcategorias.

As autoras do modelo ressaltam que a avaliação adequada da família implica que se selecionem quais destas subcategorias devem ser avaliadas e quando devem ser avaliadas, havendo a possibilidade de algumas nunca chegarem a requerer avaliação. Além disso, a abordagem de várias destas componentes num mesmo momento poderá incorrer num fluxo de informação excessivo, levando assim a que alguns dados possam ser ignorados. Por outro lado, alertam que a avaliação de poucas subcategorias num dado momento poderá induzir na distorção de informação (Wright & Leahey, 2011).

A primeira categoria, da dimensão estrutural, refere-se à estrutura da família, a sua composição e os laços entre os seus elementos. Assim, distinguem-se 3 subcategorias nesta dimensão: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. A estrutura interna inclui diferentes parâmetros a considerar, nomeadamente a composição da família, ou seja, os elementos que dela fazem parte, o seu género, a ordem de nascimento, no caso dos filhos, os subsistemas existentes e os limites entre e dentro destes. Para melhor compreensão, é importante esclarecer que se entende por subsistemas os níveis de diferenciação dos elementos dentro da família e as suas funções, sendo que cada indivíduo da família pertence pelo menos a um subsistema. Existem diferentes subsistemas, entre os quais o conjugal, parental, filial e fraternal (Dias, 2011). Já os limites são o que define a diferenciação entre estes subsistemas, ou seja, o que designa quem faz o quê e como (Minuchin, 1974, *as cited in* Wright & Leahey, 2011). Os limites são variáveis, podendo ser considerados rígidos, difusos ou permeáveis, sendo que os primeiros se caracterizam pela falta de flexibilidade, resultando em distanciamento, ao passo que os segundos apresentam alta flexibilidade e, portanto, conduzem a baixa diferenciação de sistemas, podendo haver uma desorganização dos papéis dos elementos, levando um indivíduo a assumir responsabilidades que não seriam características do seu subsistema. Já os terceiros permitem um equilíbrio entre rigidez e difusão, tornando-se assim mais flexíveis e dando espaço a possíveis mudanças que sejam necessárias para o funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011).

Para melhor compreensão da estrutura interna, recorre-se à elaboração de um genograma, que se trata de um gráfico onde se introduzem as gerações familiares em lógica horizontal, com as gerações mais velhas acima das mais recentes, e em que os filhos são colocados em ordem de nascimento, do mais velho para o mais novo. O sexo dos elementos é identificado através de formas geométricas, sendo o sexo masculino atribuído a um quadrado e o feminino a um círculo. As linhas que conectam os elementos entre si informam sobre a sua relação e grau de parentesco (Wright & Leahey, 2011).

Já a estrutura externa diz respeito a uma dimensão mais ampla, que vai para além da estrutura da família, e compreende a família extensa, ou seja, outros elementos que pertencem à mesma família, que não do núcleo familiar, como as famílias de origem ou membros de famílias de indivíduos que pertencem ao núcleo de uma família reconstituída. Compreende também outros sistemas mais amplos, que não familiares, com quem a família mantenha contacto significativo, tais como o emprego, os estabelecimentos de saúde, escolas, entre outros. À semelhança do que ocorre com a estrutura interna, existe também uma representação gráfica que apresenta estes contactos significativos com os sistemas mais amplos, o qual se denomina ecomapa. Neste gráfico, a família encontra-se num círculo central e é rodeada por outros círculos periféricos, que representam os sistemas mais amplos. Entre o círculo da família e os restantes encontram-se linhas que representam a natureza da sua relação, sendo que linhas pontilhadas indicam vínculos distantes, linhas retas representam vínculos fortes e linhas ziguezagueadas indicam vínculos conflituosos. Poderão também surgir setas acompanhando estas linhas, que representam fluxos de energias (Wright & Leahey, 2011).

A dimensão estrutural integra também o contexto, componente que informa sobre um conjunto de circunstâncias que envolvem a família, nomeadamente a etnia, a raça, a classe social, a dimensão espiritual e religiosa e o ambiente, referindo-se este último ao espaço em que família habita e se relaciona (Wright & Leahey, 2011).

Para a identificação da classe social da família, recorre-se à aplicação da Escala de Graffar, um instrumento que contempla 5 itens – a profissão, o nível de educação, a fonte de rendimento familiar, o conforto do alojamento familiar e a zona de habitação -, sendo atribuída uma pontuação de 1 a 5 pontos a cada um dos itens e cujo somatório irá indicar a posição social em que a família se encontra. Assim, a pontuação final de 5 a 9 pontos atribui-se à classe alta, entre 10 e 13 pontos à classe média alta, de 14 a 17 pontos à classe média, entre 18 e 21 pontos à classe média baixa e de 22 a 25 pontos à classe baixa. É de notar que, para os primeiros três itens mencionados, deverá ter-se em consideração a posição mais alta de entre os elementos da família (Figueiredo, Rego & Vitor, 2023).

A segunda categoria contemplada no MCAF refere-se à dimensão de desenvolvimento, que trata a fase desenvolvimental em que a família se encontra, o que contempla a etapa do ciclo vital em que esta se posiciona e as tarefas associadas, bem como os vínculos afetivos presentes entre os elementos nesse momento (Wright & Leahey, 2011). Tal como referido anteriormente, são vários os modelos disponíveis para a classificação das fases do ciclo vital da família, sendo que, para o trabalho atual, recorre-se à classificação de Duvall, que será tratada mais à frente.

A terceira e última categoria que consta do MCAF é a dimensão funcional, que aborda o funcionamento da família num determinado momento, ou seja, a forma como os seus elementos interagem entre si, e contempla duas subcategorias: instrumental e expressiva. A primeira trata as atividades de vida diárias e as rotinas da família. Já a segunda refere-se à forma como os elementos se expressam e relacionam, compreendendo nove componentes distintas, sendo estas a comunicação - emocional, verbal, não verbal e circular -, a resolução de problemas, os papéis, a influência e poder, as crenças e as alianças e uniões (Wright & Leahey, 2011).

Relativamente à componente instrumental, de acordo com Lopes (2021), que recorre à aplicação do MCAF para a abordagem de famílias, compreendem-se como atividades de vida diária a avaliar as seguintes: “Manter um Ambiente Seguro”; “Comunicar”; “Respirar”; “Comer e Beber”; “Eliminar”; “Higiene Pessoal e Vestir-se”; “Controlar a Temperatura do Corpo”; “Movimentar-se”; “Trabalhar e Divertir-se”; “Expressão da Sexualidade”; “Sono e Repouso”; “Morte”; “Gestão do Regime Terapêutico” (p.74).

Já no que refere à subcategoria expressiva, particularmente à comunicação, surge a emocional, que tem que ver com a expressão, verbal ou não, dos sentimentos e o espaço dado a esta. Já a comunicação verbal foca-se nas mensagens transmitidas verbalmente entre membros da família, o seu conteúdo e o significado atribuído a este por cada uma das partes, podendo ser esta comunicação clara e direta ou indireta, contendo algum tipo de mensagem subentendida. Por outro lado, a comunicação não verbal centra-se com as mensagens não verbais que são igualmente trocadas entre indivíduos, estando relacionada com aspetos como a postura corporal, expressões faciais, gesticulação, contacto ocular, proximidade física entre os indivíduos e com a comunicação paraverbal, que se traduz no tom da fala, a emissão de sons não verbais, o choro, entre outros. Surge ainda a comunicação circular, que trata a reciprocidade da comunicação entre os elementos da família e o padrão associado a esta (Wright & Leahey, 2011).

Para além da comunicação, é também contemplada a resolução de problemas, que se relaciona com a habilidade da família de formular soluções efetivas para os problemas que surgem no seu dia-a-dia. Já os papéis têm que ver com o padrão comportamental mantido por cada elemento da família, sendo estes comportamentos mutáveis e suscetíveis às interações intra-sistémicas e inter-sistémicas. Por outro lado, a influência e o poder relacionam-se com a forma como cada elemento impacta e modela as atitudes e ações dos restantes. Já as crenças têm que ver com os valores, convicções e opiniões que cada pessoa e família expressam e que guiam a sua conduta. Finalmente, as alianças e uniões referem-se às relações existentes entre os elementos da família e a sua intensidade, estando este aspeto intimamente relacionado com outros das categorias prévias, nomeadamente os limites e os vínculos, pelo que as autoras advertem para a consideração destas dimensões aquando da sua avaliação (Wright & Leahey, 2011).

Para melhor compreensão da dimensão funcional poderá ser aplicada a escala de APGAR familiar de Smilkstein, um instrumento que tem por base a noção de que os elementos da família entendem o funcionamento da mesma e que permite averiguar o seu nível de satisfação para com esta. Esta escala é composta por cinco parâmetros – Adaptabilidade, Parceria, Crescimento, Afeto e Decisão -, os quais são traduzidos por cinco perguntas fechadas, relativas aos mesmos. Trata-se de uma escala de autopreenchimento individual, em que a pessoa responderá a cada uma das perguntas através de uma de três opções – “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca” -, às quais se atribui pontuação – dois, um ou nenhum ponto, respetivamente. O somatório da pontuação atribuída a cada pergunta resultará no nível de funcionamento da família, sendo que entre 0 e 3 pontos corresponde a disfunção acentuada, 4 a 6 pontos a disfunção moderada e 7 a 10 pontos a alta funcionalidade. A escala de APGAR familiar é um instrumento frequentemente utilizado pelo seu carácter prático e por rapidamente permitir obter uma noção da satisfação dos elementos perante as diferentes componentes do funcionamento familiar (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

É assim possível perceber a completude do MCAF no que refere à avaliação da família, considerando todas as dimensões necessárias à análise adequada e indo de encontro ao preconizado pela OE. O facto de se apresentar como um modelo estruturado auxilia também na sua aplicação à prática. No entanto, tendo em conta o quão completo e, por conseguinte, complexo este modelo é, torna-se crucial aplicá-lo tendo em conta as circunstâncias que rodeiam tanto a família como o enfermeiro que a avalia naquele momento, nomeadamente a relação e o grau de confiança estabelecidos entre ambos, as necessidades da família, a sua disponibilidade em dialogar sobre as várias questões que advêm da avaliação, o tempo e a frequência dos contactos e a própria experiência do enfermeiro, sendo todos estes aspetos que influenciam esta avaliação (Wright & Leahey, 2011).

3.1.2. Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar

O MCIF é um modelo estruturado que surge como peça complementar do MCAF, aplicando-se na sequência deste, e que se foca nas forças das famílias, ao invés dos seus défices. O seu objetivo reside na promoção, melhoria e/ou manutenção do funcionamento eficaz da família, promovendo mudanças, e foca-se em três dimensões distintas, sendo estas a cognitiva, a afetiva e a comportamental. Assim, as intervenções implementadas surgirão no âmbito de um destes três domínios, podendo afetar as restantes (Wright & Leahey, 2011).

O domínio cognitivo relaciona-se com os valores, crenças e convicções das famílias. Já o domínio afetivo tem que ver com a componente emocional, os sentimentos intensos expressados ou vivenciados. Por fim, o domínio comportamental refere-se à forma como os membros da família se comportam e interagem entre si (Wright & Leahey, 2011).

Importa ressaltar que o MCIF não se trata de um conjunto de intervenções a aplicar ao contexto familiar, mas sim de um guia orientador na identificação do domínio que requer mudança, preponderantemente, e da intervenção mais indicada a implementar perante a mudança necessária, sendo que esta intervenção deve ser formulada conjuntamente com a família em questão (Wright & Leahey, 2011).

Uma das técnicas identificadas pelas autoras como método eficaz na indução da mudança é a utilização de perguntas de intervenção, ou seja, questões colocadas durante a entrevista à família que promovem alterações num ou em mais domínios. Estas perguntas podem ser lineares, ou seja, perguntas direcionadas à exploração de algum tema, permitindo a obtenção de informação, ou circulares, isto é, questões que exploram a relação entre indivíduos, acontecimentos, crenças ou convicções, orientando a família para a compreensão de diferentes perspetivas, gerando assim a mudança. Esta última compreende o conceito de circularidade, que se refere à sequência de perguntas colocadas pelo enfermeiro e respostas dadas pela família, sucessivamente, durante uma entrevista. Nestes momentos, as respostas dadas permitem a obtenção de informação ou de novas noções não só pelo enfermeiro como pela própria família, assim como as perguntas

colocadas pelo enfermeiro poderão servir como um transmissor de nova informação para a família (Wright & Leahey, 2011).

Além das perguntas, Wright e Leahey sugerem outras intervenções, consoante o domínio a trabalhar. Para o domínio cognitivo, em que o objetivo é fornecer convicções e conhecimentos novos ou diferentes, com vista à mudança de perceção de determinados temas, as autoras sugerem o elogio das forças da família e seus elementos e a disponibilização de informações e opiniões. Já para o domínio afetivo, cujo propósito será a gestão de sentimentos que poderão impedir a resolução de problemas, as autoras propõem a validação e normalização das respostas emocionais apresentadas por forma a tranquilizar, o estímulo do apoio familiar, ajudando os seus elementos a escutarem-se e estarem presentes, e o incentivo de narrativas de doenças, quando as hajam, referindo-se isto a narrar a experiência perante a doença e não a descrição desta última, incentivando assim a validação destas vivências pelos restantes membros. Finalmente, para o domínio comportamental, em que o intuito é a promover a mudança de comportamentos e interações, as autoras recomendam o planeamento de rituais, consistindo isto em sugerir atos realizados em conjunto pela família e que não eram previamente praticados, o incentivo dos elementos da família a ser cuidador e a apoiar os cuidadores, uma vez que em muitos casos estes têm reservas quanto à prestação de cuidados e a sua participação acaba por reduzir os receios, e incentivo do descanso, por forma a prevenir a sobrecarga dos elementos cuidadores (Wright & Leahey, 2011).

Em suma, o MCIF surge como um orientador integral daquela que será a atuação do enfermeiro perante a família, conjuntamente com o MCAF, permitindo diversas intervenções adequadas às diferentes necessidades da família, considerando os vários domínios passíveis de intervenção. Porém, à semelhança do que sucede com o MCAF, as intervenções a implementar vão depender tanto da família, as circunstâncias que a rodeiam e a sua disponibilidade para receber estas medidas, como do enfermeiro e a sua experiência na abordagem da família como cliente de cuidados, bem como da relação terapêutica estabelecida entre ambos, aspetos que irão influenciar a participação colaborativa de ambas as partes no processo de intervenção e, consequentemente, nos resultados obtidos.

A utilização complementar destes dois modelos revelou-se determinante na aquisição de competências ligadas à especialidade no decorrer dos estágios, já que por um lado possibilitou a compreensão das famílias com que foi possível contactar nas suas diferentes dimensões, estruturando o pensamento direcionado para a sua avaliação e as diversas componentes que integram esta visão inteira de cada sistema familiar, mesmo não sendo possível proceder à apreciação de todas estas partes num dado momento, permitindo assim explorar uma dada componente num dado momento de forma mais aprofundada sem deixar esquecer as outras partes que integram o todo e que seriam já conhecidas ou ficariam por examinar, dando espaço para acrescentar à visão completa da família e definir os aspetos a abordar noutros contactos. Por outro lado, ao permitir esta análise estruturada e segmentada no tempo, possibilitou o desenvolvimento de planos de cuidados com intervenções desenhadas com e para cada família, propiciando guias de intervenção gerais com uma menor rigidez, o que fornece margem de manobra para moldar cada ação de acordo com as necessidades e desejos de cada sistema, permitindo também neste processo que se fundamente a relação terapêutica entre enfermeiro e cliente/família, levando a que estes dois agentes adquiram conhecimento sobre si e sobre a outra parte interveniente, contribuindo portanto para uma noção alargada de autoconhecimento e confiança em si e no plano formulado.

3.2. Ciclo Vital da Família de Duvall

O conceito de ciclo vital da família surge da noção de que todas as famílias passam por uma série de fases consecutivas e expectáveis, sendo que a passagem por cada fase implica mudanças estruturais e o cumprimento das tarefas que a incubem, o que irá promover o desenvolvimento da família enquanto unidade.

A identificação da fase do ciclo vital é crucial no planeamento de cuidados à família, já que permite antecipar as suas necessidades naquele momento, preparando assim intervenções que promovam a vivência positiva da transformação que cada etapa implica (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023). Tal como exposto no capítulo anterior, foi possível verificar que o ficheiro trabalhado apresentava diversas famílias com características diferentes, como os casais sem filhos e os com filhos, o que implica dinâmicas e funções familiares distintas. Como tal, o que é expectável para uma família não se aplicará a outra, e, portanto, as necessidades serão também diferentes, sendo isto um dado importante a considerar na avaliação da família e na formulação de planos de cuidados personalizados para cada sistema familiar.

O primeiro modelo de classificação das fases do ciclo vital familiar da autoria de Duvall surgiu na década de 50, sendo nesta altura constituído por quatro etapas. Mais tarde, com a contribuição de Miller, este modelo passou a conter mais quatro etapas e a integrar o conceito de tarefas distintas em cada uma das agora oito fases (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023).

A primeira fase, do casal sem filhos, refere-se à fundação da família, altura em que é alicerçada a relação conjugal e em que o casal se prepara para o próximo passo, de ter filhos. Após o nascimento do primeiro filho, a família encontra-se na segunda fase, em que ocorre a adaptação do casal para o desempenho do papel parental, de forma a conseguir dar resposta às necessidades da criança. Quando esta criança atinge os 30 meses e até aos 6 anos de idade, considera-se que a família estará na terceira fase do seu ciclo vital, da família com crianças de idade pré-escolar, em que os desafios desenvolvimentais se centram no ajuste perante o que a criança requer e o que irá instigar o seu crescimento. A partir do momento em que a criança atinge a idade escolar, ou seja, dos 6 aos 13 anos, diz-se que a família atingiu a quarta fase do ciclo vital, em que não só se mantém a foco nas necessidades da criança como se dá a abertura da família para estabelecer relações com outras, que se encontrarão na mesma etapa. Quando a criança atinge a adolescência, definida como o período temporal entre os 13 e 20 anos de idade, a família passa à quinta fase do ciclo vital, altura em que cabe aos pais garantir harmonia entre a liberdade e a responsabilidade a ela atribuídas, em parceria com a comunidade em que se inserem, bem como voltar novamente algum foco ao casal. Aquando da saída do filho de casa, a família passa à sexta fase do ciclo vital, também reconhecida como etapa da família com filhos jovens adultos, em que é expectável que o sistema familiar facilite esta saída, garantindo o seu apoio mantido. Após a saída de todos os filhos de casa e até à reforma, a família encontrar-se-á na sétima fase do seu ciclo vital, do casal de meia-idade, altura em que este casal volta a ser o foco, ocorrendo então um redescobrimento não só da sua relação interna como daquelas estabelecidas com as restantes gerações. O final do ciclo vital dá-se após a reforma e dura até ao falecimento de um elemento do casal, ocorrendo então a adaptação à nova realidade imposta pela reforma, pelo processo de envelhecimento e pelo luto (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023).

No caso das famílias com mais do que um filho, a definição da fase do ciclo vital familiar em que se encontram guia-se pelo filho mais velho, mais concretamente pela sua idade (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023).

A consideração do ciclo vital familiar na abordagem das diferentes famílias com quem foi possível contactar revelou-se determinante na compreensão do seu funcionamento familiar, concretizando aquilo que é ou não expectável em cada uma das fases e, assim, auxiliando na definição de focos de atenção e pontos a trabalhar, possibilitando então a concretização de planos de ação adaptados às necessidades de cada família perante as tarefas a desempenhar na fase do ciclo vital em que se encontra.

3.3. Modelo de Forças

O Modelo de Forças, também conhecido como *Strengths-Based Care* (SBC), é um referencial teórico que, tal como o nome indica, promove a abordagem ao cuidado focado nas forças do indivíduo e/ou família, isto é, nas suas capacidades, habilidades e recursos, fazendo proveito destes como meios para a obtenção de ganhos

em saúde e para a vivência positiva de processos de doença. Desta forma, instiga a mudança de paradigma para a saúde e os profissionais, já que os move a abandonar a centralização no que está “mal” e a voltar a atenção para o que está “bem”, o que funciona, fazendo assim com que o profissional olhe para a pessoa/família como um todo, considerando as diferentes componentes que dela fazem parte, e incentivando-o a desenvolver e aplicar intervenções personalizadas (Gottlieb, 2013).

A implementação deste modelo na prática de Enfermagem tem-se revelado benéfica, sendo vista de forma positiva pelos utentes e promovendo a aquisição de resultados em saúde positivos (Gottlieb, 2013; Maciel, Bernardino & Encarnação, 2021; Lacerda, 2023; Pena & Santos, 2024).

O conceito de força refere-se não só as capacidades da pessoa/família como aos recursos de que dispõe. Assim, as forças podem ser, quanto à sua origem, pré-existentes ou de recursos, potenciais ou défices passíveis de se transformar em forças (Gottlieb, 2016, *as cited in* Rosa, 2018, p. 14).

O SBC assenta em três princípios major que promovem o sentimento de autocontrolo dos utentes/família, permitindo-lhes assumir responsabilidade pela sua saúde e processo de melhoria, sendo, consequentemente, capazes de gerir mais facilmente o *stress*, adquirindo e implementando as estratégias de *coping* mais adequadas. Os princípios referidos são (Gottlieb, 2014):

- Empoderamento: sentido que permite à pessoa assumir maior controlo sobre a sua saúde através da autogestão, promovendo a confiança na participação ativa no seu processo de melhoria e auxiliando no reconhecimento de recursos e capacidades inatas. O empoderamento é autólogo, podendo, no entanto, ser potenciado pelos profissionais de saúde ao proporcionarem as condições necessárias para tal, nomeadamente ao trabalharem as forças (p. 31);

- Autoeficácia: a confiança da pessoa em si própria e na sua capacidade de alcançar os resultados desejados, surgindo como um indicador proeminente de mudança efetiva. Implica o sentido de autoconfiança nas capacidades e recursos que se possui, sendo isto fundamental para se conseguir assumir o controlo de situações complexas (p. 31).

- Esperança: refere-se à expectativa de que um resultado positivo será atingido e permite atribuir uma conotação positiva a situações aparentemente desfavorecedoras, visualizando-as como desafios ao invés de fontes de medo e incerteza, permitindo assim redirecionar o foco da pessoa para a integração de estratégias de *coping* positivo e para a melhoria (p.31).

Gottlieb (2014) define ainda oito valores centrais que fundamentam o SBC, orientam a ação do enfermeiro e promovem o empoderamento do utente, sendo estes:

- Saúde e cura: dois conceitos que surgem como as grandes metas finais na prática de Enfermagem, ressaltando-se que o primeiro coexiste com a doença, gerando um novo sentido de plenitude, ao passo que o segundo envolve um processo de redescoberta e restabelecimento do equilíbrio, através do qual se desenvolverão novas habilidades que irão contribuir para a saúde (p. 28).

- Singularidade: a noção de que cada pessoa é única, tanto de um ponto de vista biológico e genético como pela forma como interage com o meio que a envolve, sendo, portanto, fortemente influenciada por estas condicionantes, bem como pelas suas forças e défices, pontos que devem ser igualmente tidos em consideração no reconhecimento do carácter singular de cada um (p. 28);

- Holismo e incorporação: a noção da relação interdependente das várias partes que constituem o todo, que é a pessoa, e a forma como se influenciam entre si (p. 29);

- Realidade subjetiva e significados criados: refere-se ao entendimento de que as experiências que cada indivíduo/família vivencia modulam a sua visão e compreensão do meio e dos acontecimentos e, por

consequente, a sua resposta perante os mesmos. Como tal, a realidade de cada um e os significados que atribuem aos diferentes fenómenos serão moldados tanto por factos como pelas suas crenças, experiências e percepções, passadas e presentes (p. 29);

- O indivíduo e o ambiente são indissociáveis: tal como descrito anteriormente, o ambiente modula a visão da pessoa/família e, consequentemente, a sua resposta perante fenómenos variados. Assim, ambientes distintos poderão induzir na mesma pessoa respostas diferentes. Tendencialmente, o desenvolvimento pessoal de cada indivíduo será tanto maior quanto a sua adequação ao meio em que se insere (p. 29);

- Autodeterminação: o respeito pelo autoconhecimento individual e valorização do poder de escolha e da capacidade de estabelecer as suas prioridades, enfatizando que o papel do enfermeiro não é o de escolher pelo outro, mas sim procurar compreender o que motiva as suas decisões, fazer sugestões congruentes e advogar pelos seus utentes (p. 30);

- Aprendizagem, tempo e prontidão: a aprendizagem surge como processo essencial ao desenvolvimento pessoal, sendo, como tal, indissociável da disposição ou prontidão do indivíduo para se envolver inteiramente nesse processo, e do momento em que se dá, requerendo coordenação entre a disponibilidade física e mental e os resultados pretendidos (p. 30).

- Parceria colaborativa: a base da relação terapêutica entre utente/família e enfermeiro, proporcionando a partilha de conhecimentos, perspetivas e experiências, com o objetivo de estabelecer prioridades e formular planos em saúde de forma cooperativa, o que requer uma postura aberta, ouvinte, compreensiva e livre de julgamentos, bem como a focalização nas forças por parte do enfermeiro, o que instigará sentimentos de confiança, segurança e validação por parte do utente, promovendo o sucesso do plano formulado (pp. 30-31).

A aplicação deste modelo na prática diária revelou-se determinante para a mudança do paradigma de pensamento, passando do foco no défice para a ênfase do potencial, possibilitando assim o reconhecimento e mobilização de recursos das famílias para o desenho dos planos de cuidados. Além disto, mostrou-se benéfico na abordagem destes utentes, já que se exaltava o positivo perante o negativo, oferecendo assim uma visão mais otimista da sua situação de saúde, o que se mostrava ser bem recebido por estes e parecia motivá-los no envolvimento no processo de saúde.

3.4. Teoria Geral dos Sistemas

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) surge como um dos pilares do pensamento sistémico, um paradigma mais atualizado do contexto da Saúde que reformula a visão do simples para o complexo, do estável para o instável (Vasconcellos, 2005; Figueiredo, 2012, *as cited in* Figueiredo, 2023).

A base que deu origem à TGS foi a necessidade reconhecida por Ludwig von Bertalanffy de estudar os organismos biológicos como um todo, rejeitando assim a visão redutora do estudo dissociado das partes, que era prevalente na sua época, e enfatizando a investigação das interações entre estas. Bertalanffy foi também responsável pela introdução do conceito dos organismos como sistemas abertos que se encontram em constante interação com o meio e assim se mantêm em permanente estado de não-equilíbrio, por processos de autorregulação. Desta forma, propõe uma visão contrária à do estudo dos sistemas fechados, dissociados e não influenciados pelo meio, algo que acreditava não se aplicar aos organismos biológicos (Hammond, 2003; Glennister, 2011).

Além disto, Bertalanffy introduziu também o conceito de mudanças de segunda ordem, que se traduzem em mudanças ao nível da estrutura dos sistemas. Esta noção surge em oposição ao conceito de mudança de

primeira ordem, que se entende por pequenas alterações e ajustes que o sistema concretiza em resposta a uma situação pontual que se lhe apresenta, sendo que estas não implicam a transformação definitiva do seu funcionamento. Assim, as mudanças de segunda ordem são aquelas que irão provocar esta mutação permanente, implicando a redefinição do sistema como um todo (Davey *et al.*, 2012).

Na sequência dos seus estudos, Bertalanffy constatou que estas noções não se restringiam à Biologia, sendo igualmente aplicáveis a outras áreas, como a Psicologia, a Psiquiatria, a Sociologia e a Economia (Hammond, 2003; Glennister, 2011). Posteriormente, a visão sistémica é trazida para a vertente da Enfermagem, influenciando em diferentes graus os modelos de algumas das teóricas mais renomadas desta área, como Dorothy Johnson, Calista Roy, Imogene King, Betty Neuman e Martha Rogers (Glennister, 2011).

Uma das contribuições mais denotadas da TGS para a Enfermagem verifica-se na área da Saúde Familiar, sendo o exemplo mais notório deste fenómeno o MCAIF de Wright e Leahey, previamente abordado. Este referencial teórico trouxe à Enfermagem a base para o cuidar da família como um todo, reconhecendo-a como um sistema aberto, em constante interação com o meio, com capacidade autorregulatória, e compreendendo que qualquer evento sucedido com um dos seus elementos irá afetar o todo (Glennister, 2011).

A perceção da família como sistema invoca ainda a dimensão autopoiética desta unidade, que se traduz na autoprodução do sistema, ou seja, de que os resultados que a família atinge são gerados pela própria família no seu funcionamento e por diversos meios, como as crenças, a interação com o ambiente e as relações afetivas entre os seus elementos. Compreende também a noção de que a família, enquanto sistema, desempenha várias funções, podendo estas ser classificadas como internas, isto é, as tarefas dos seus elementos e subsistemas, ou externas, ou seja, aquelas que surgem da relação com o meio e com outros sistemas. Ainda que grande parte destas funções vão alterando de acordo com a evolução da família e a fase do ciclo vital em que se encontra, existem duas de carácter permanente, sendo elas a proteção dos seus elementos e manutenção dos laços afetivos e o incentivo à autonomia de cada um destes elementos (Figueiredo, 2023).

Além disto, importa entender que a própria Enfermagem, na sua ciência e prática, comporta-se como um sistema aberto, já que implica interação permanente não só com o meio, mas com outros sistemas, o que permite a sua evolução, noção esta que contribui para a compreensão mais aprofundada desta profissão (Burroughs & de la Cruz, 2013).

Os fundamentos da TGS trazem assim um contributo importante para a Enfermagem de Saúde Familiar, já que permitem a conceção da família primeiro enquanto sistema, ou seja, um conjunto de várias partes que se relacionam entre si e, portanto, se influenciam, e segundo enquanto um sistema aberto, sujeito a constantes trocas internas e com o meio, sendo então passível de evoluir. Isto atribui-lhe um sentido de potencial de crescimento, o que por sua vez mostra que é suscetível a intervenção enquanto um todo e ao mesmo tempo demonstra o quão importante é atender às várias partes que o constituem, já que terão impacto no funcionamento do sistema, sendo, portanto, imperativo atuar também junto destas.

3.5. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Tal como mencionado anteriormente, a migração é palavra de ordem da atualidade, verificando-se grandes fluxos migratórios a nível mundial. Isto implica uma transformação das comunidades, atribuindo-lhes um carácter cada vez mais heterogéneo. Estas questões são de interesse marcado para as instituições de saúde, particularmente os Cuidados de Saúde Primários, uma vez que a saúde dos migrantes terá impacto na saúde das comunidades que integram (OMS, 2025). Esta mudança verificou-se também a nível local, particularmente no ficheiro trabalhado, tendo-se contactado e prestado cuidados não só a famílias com elementos de nacionalidade estrangeira como a famílias completas originárias de países externos a Portugal Atendendo a

isto, é essencial que o EEESF esteja atento aos utentes e famílias migrantes a quem presta cuidados e que procure integrar as condicionantes sociais e culturais de que estas se fazem acompanhar na sua abordagem e na formulação de planos de intervenção.

É desta noção do impacto marcado que as componentes social e cultural têm na saúde que surge a Teoria Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ou CCT, da autoria de Madeleine Leininger, que, aquando da sua visita a comunidades estrangeiras, percebeu que os conceitos de cuidado e de saúde são mutáveis entre culturas e fortemente influenciados por esta condição, reconhecendo então a necessidade da formulação de cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 2007). Assim, o propósito da CCT é o de auxiliar os profissionais de saúde a identificar e reconhecer a relação de interdependência entre o cuidado e a cultura, bem como as diferenças e semelhanças entre culturas distintas e a forma como estas influenciam a saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades a elas pertencentes, integrando estas noções na prestação de cuidados, com o objetivo final de estabelecer uma base de conhecimento transcultural em Enfermagem que permita a implementação, a nível global, de práticas fundamentadas e o mais adequadas que possível (MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Para atingir este propósito, Leininger desenhou o modelo *Sunrise*, um mapa que explana graficamente os múltiplos conceitos que influenciam o cuidado - a visão do mundo, as dimensões social e cultural, os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, valores culturais e estilos de vida, fatores políticos e legais, económicos, educacionais, a linguagem, o ambiente, o contexto, as expressões e padrões do cuidado, a saúde e bem-estar, os sistemas de saúde, a enfermagem, os sistemas profissionais e comunitários, a decisão e ação em enfermagem e o cuidado culturalmente congruente -, e a forma como estes se relacionam entre si (MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Na construção da CCT, Leininger estabeleceu quatro princípios na qual esta se suporta (Leininger, 1996, 1988; MacFarland, 2018, as cited in MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019). O primeiro é a noção da existência de universalidades e diversidades do cuidado entre diferentes culturas no mundo, ou seja, a percepção de que, ao comparar comunidades distintas no que se refere às crenças associadas ao cuidado, serão encontradas tanto diferenças como semelhanças ou pontos em comum (Leininger, 2002, as cited in MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

O segundo é de que a visão do mundo, os fatores sociais, o cuidado dito genérico e o cuidado profissional têm forte influência sobre os significados, expressões e padrões atribuídos ao cuidado em diferentes culturas, e que o reconhecimento destes é essencial na prestação do cuidado culturalmente congruente (Leininger, 2002, as cited in MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Já o terceiro refere-se à noção de que tanto a percepção interna ou genérica, que a autora define como *emic*, como a perspectiva profissional, a que a autora se refere como *etic*, irão ter impacto nos resultados em saúde, mesmo em ambientes diversos, e que, portanto, devem ser estudados e tidos em consideração aquando da prestação de cuidados (Leininger, 2002, 2006; MacFarland, 2018, as cited in MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Importa aqui aprofundar dois conceitos centrais à teoria e, em particular, a este princípio: o *emic* e o *etic*. O primeiro termo refere-se à percepção local ou interna de determinada cultura, particularmente daqueles que nela se inserem, perante um certo fenómeno. Já o segundo trata a visão externa desse mesmo fenómeno cultural, ou seja, a interpretação que surge de um ponto de vista exterior, estando isto frequentemente associado à ótica dos profissionais de saúde (Leininger, 1978; MacFarland & Wehbe-Alamah, 2015; Wehbe-Alamah, 2018, as cited in MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019)

O quarto e último princípio é a concetualização de três cursos de atuação culturalmente congruentes perante o planeamento de cuidados, sendo estes a preservação e/ou manutenção, que se baseia na preservação de crenças e valores por forma a facilitar o processo de doença, a acomodação e/ou negociação, que preconiza

a adaptação e ajuste de atos e decisões no sentido de promover o bem-estar tanto em situação de saúde como de doença, e, finalmente, a repadronização e/ou reestruturação do cuidado cultural, que instiga a transformação de hábitos e estilos de vida no sentido de obter melhores ganhos em saúde (Leininger, 2002; Eipperle, 2015; MacFarland, 2018, *as cited in* MacFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Desta forma, o CTT preconiza a atenção direcionada para o cuidado culturalmente congruente e promove a formulação de cuidados orientados por esta mesma noção, revelando-se determinante na adaptação às necessidades expostas pelas famílias provenientes de meios culturais distintos.

4. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

A área da Enfermagem tem sofrido grandes desenvolvimentos na última época, sendo objeto de estudo e de investigação em diferentes ramos da sua abrangência. Aos enfermeiros, bem como aos restantes profissionais da esfera da Saúde, exige-se cada vez mais conhecimento técnico e científico, levando-os a procurar formação especializada. Decorrente desta especialização, os profissionais, no caso os enfermeiros, desenvolvem competências, isto é, habilidades particulares em determinadas áreas da Enfermagem. Atualmente, a OE concede o título de especialista em seis áreas distintas, sendo elas a Saúde Materna e Obstétrica, a Saúde Infantil e Pediátrica, a Saúde Mental e Psiquiátrica, a Reabilitação, a Médico-Cirúrgica, e a Comunitária, sendo nesta última que se insere a área de Enfermagem em Saúde Familiar (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A OE define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Mais acrescenta que o especialista possuirá competências ditas comuns, ou seja, transversais a todas as especialidades, e específicas, isto é, concretas à especialidade sobre cujo título lhe foi atribuído. Nos próximos subcapítulos, abordar-se-á cada uma destas competências em maior detalhe e a sua transposição para a prática nos ensinamentos clínicos inerentes ao MECAESF, no percurso da aluna.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista decorrem da perceção de que existe um conjunto de habilidades transversais que qualquer profissional de Enfermagem com formação avançada e consequente título de especialista deverá possuir e aplicar na sua atividade. É desta noção que surge o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, também denominado como Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que estabelece estas competências e define o conceito de competências comuns como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, artigo 3.º, alínea a)).

De acordo com este regulamento, as competências comuns distribuem-se segundo diferentes domínios, isto é, conjuntos concretos de habilidades que se regem por características partilhadas. (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). De seguida, abordar-se-á cada um destes domínios em maior detalhe, bem como a forma como foram integrados na prática ao longo dos ensinamentos clínicos.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refere-se às disposições éticas e legais inerentes à prática profissional da especialidade, enfatizando as noções de segurança e ética mantidas concomitantemente com o respeito pelas bases legais e deontológicas em vigor, bem como pelo utente, os seus direitos e as suas escolhas e predileções, inserindo uma componente de análise constante da própria prática e das diferentes situações que surgem, procurando gerir condições que possam representar qualquer tipo de potencial comprometedor para o utente (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Anexo I).

Atendendo à atividade de Enfermagem, o meio em que esta decorre e a volatilidade das condições que envolvem a sua prática, é de considerável importância que o enfermeiro se guie por um conjunto de diretrizes que estabeleçam concretamente os limites da sua ação, por forma a proteger-se a si, aos utentes e aos demais profissionais. Como tal, a Ordem dos Enfermeiros publicou, em 1998, a Deontologia de Enfermagem, um

documento que surge como mapa orientador daquela que é a ação profissional dos enfermeiros, contemplando os seus direitos e os seus deveres enquanto agentes ativos da profissão, bem como a sua dimensão ética. Desde a data da sua publicação, o Código Deontológico tem vindo a sofrer diversas revisões, sendo a edição mais recente de 2015 (OE, 2015). Assim, a Deontologia Profissional de Enfermagem estabeleceu-se como um pilar em que se alicerça a responsabilidade profissional e ética da minha prática, surgindo como guia acessível no qual se fundamenta a ação diária inerente ao percurso académico em questão.

Numa dimensão menos abrangente e mais localizada, procurei corresponder ao disposto pelo domínio aqui tratado através do envolvimento do utente e das famílias nos seus processos de saúde. Para tal, busquei integrar a visão do cliente, singular ou sistema, no desenvolvimento destes processos, questionando sobre as suas crenças, opiniões e valores e implementando aquilo que lhes fazia sentido naquele momento e perante as condicionantes que se impunham, seguindo com a avaliação das intervenções implementadas por forma a averiguar a sua adequação ao longo do tempo.

Além disto, no início dos contactos, apresentei-me aos utentes através do nome e estatuto de estudante de mestrado, no sentido estabelecer uma relação terapêutica mais segura e aberta. Neste seguimento, antes de proceder a qualquer ação, pedi autorização ao sujeito a quem esta se dirigia, prosseguindo só após a obter, explicando o que cada ato envolvia sempre que tal se mostrasse necessário. Ainda associado ao contacto com o utente ou a família, procurei assegurar a sua privacidade, realizando consultas em gabinete com a porta fechada, tornando o ambiente mais resguardado, o que promove a sensação de respeito pela privacidade e a discussão livre de temas mais delicados ou íntimos. No seguimento destes contactos, procedi ao registo das ações e intervenções sucedidas unicamente através das plataformas digitais em utilização no serviço, no caso o SCLínico CSP®, procurando assegurar a proteção de dados. Adicionalmente, investiguei e estudei as medidas implementadas pela USF L para gerir potenciais situações comprometedoras para o utente, nomeadamente o programa de gestão de incidentes e o procedimento de utilização da mala de urgência e de aplicação do DAE, previamente abordados, sendo que este estudo me permitiu integrar as providências preconizadas por estes procedimentos na minha prática, tomando conhecimento dos passos a seguir e assim cimentando a segurança dos cuidados prestados

No que refere em particular à atividade inerente ao exercício da especialidade em causa, procurei atuar sempre de acordo com a esfera de ação do EEESF, reconhecendo as suas competências específicas como orientadoras da prática e mantendo-me neste domínio de ação por forma a respeitar os seus limites. Neste sentido, para a consecução do projeto de investigação, que será abordado no seguinte capítulo do presente relatório, procedi à submissão de pedido de autorização à coordenação da USF onde o mesmo decorreu, bem como à ULS-RL, através de pedidos ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde. Só após a obtenção de parecer favorável de todas estas entidades é que se deu início à aplicação do projeto.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua de cuidados

Este domínio diz respeito à participação ativa do especialista em projetos e estratégias organizacionais que objetivem a qualidade, desde a sua conceção até à sua disseminação, bem como à revisão e reformulação das práticas em vigor, implicando o seu envolvimento na dinamização de projetos de melhoria contínua. Refere-se também à gestão do ambiente da prática de cuidados, focando-se este no utente, na finalidade terapêutica e na segurança, por forma a adequar o meio e assim gerir os riscos associados à prática (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Anexo II).

Uma das vias de aplicação e de prática destas atividades, implementada particularmente durante o segundo ensino clínico, foi através do contacto telefónico a utentes do sexo feminino relativamente ao projeto da Dignidade Menstrual, que decorreu nas unidades dos Cuidados de Saúde Primários entre maio e agosto de

2025, sendo este contacto realizado com o intento de informar sobre o projeto e simultaneamente utilizado para a abordagem familiar, colocando questões sobre os restantes elementos da família da utente contactada, procurando a recolha de informação sobre a situação de saúde destes e a dinâmica familiar e realizando a marcação de consultas presenciais para os demais, consoante a necessidade. À semelhança disto, ao longos dos 3 ensinos clínicos procedi também ao contacto telefónico a utentes com critérios de elegibilidade para realização de rastreio do cancro do cólon e reto, informando-os sobre o programa de rastreio, o seu propósito e o modo de execução e agendando contactos presenciais para a realização de ensinos relativos ao mesmo e o fornecimento de material de leitura, bem como dos kits para execução do rastreio.

Estes contactos instigaram a procura dos serviços da USF por estes utentes e famílias, permitindo contactos presenciais que, em alguns casos, não tomavam lugar há longos períodos, promovendo assim o comportamento de procura em saúde destas. Revelou-se, assim, uma mais-valia não só para os utentes e para as famílias como para a enfermeira de família, que pôde contactar novamente com estes, e para a aluna, que teve a oportunidade de pôr em prática atividades da índole das competências do EEESF, promovendo igualmente a consecução de cuidados enquanto futura especialista.

Adicionalmente, participei em ações formativas realizadas na USF L, nomeadamente uma formação sobre implantes contracetivos, as suas características, cuidados a ter e a sua aplicação e remoção. Ainda, colaborei na atualização de um folheto informativo sobre úlceras por pressão, utilizado como material de leitura fornecido pelos profissionais da unidade a utentes e cuidadores de pessoas com critérios de risco para desenvolver úlcera por pressão.

No que refere à promoção da segurança do utente, tal como exposto anteriormente, recorri a atos concretamente dirigidos ao utente e às famílias para garantir a mesma, nomeadamente apresentar-me no início de cada contacto, realizar os contactos em gabinete com porta fechada, solicitar autorização antes de realizar qualquer ação, explicar o que essa ação implicava e proceder ao registo do decorrido em cada consulta nas plataformas indicadas. Além disso, procurei tomar conhecimento dos procedimentos em vigor na unidade que objetivam a salvaguarda dos utentes neste ambiente.

Como método de gestão dos cuidados visando a melhoria contínua da sua qualidade, e de acordo com o que a própria instituição promove no seu modo de atuação, procurou-se integrar na prática diária o ciclo PDCA (*Plan – Do – Check – Act/Adjust*), preconizado pela OE (2013). Este ciclo baseia-se num conjunto de 4 fases que estruturam o modo de atuação em Enfermagem perspetivando a melhoria da qualidade. Para melhor compreensão destas fases, a OE (2013) sugere o seu ajuste para 8 etapas, sendo a primeira a identificação e descrição do problema, seguida pela procura da sua compreensão aprofundada. Após considerar que se detém esta compreensão, definem-se os objetivos iniciais, que servem para orientar o curso de ação a tomar. Posto isto, procura-se conhecer as causas do problema, através de pesquisa bibliográfica, de análise causa-efeito e *brainstorming*. Conhecidas as causas, passa-se à fase de planeamento e execução de tarefas e atividades para cada uma das causas detetadas. Ao concluir isto, realiza-se a avaliação dos resultados obtidos, no sentido de verificar se os objetivos traçados foram atingidos, fazendo-se correções, se necessário, e transmitindo os conhecimentos obtidos aos elementos de interesse, garantindo assim que todos beneficiam do mesmo (OE, 2013, pp. 2-7).

Esta metodologia foi aplicada na realização de uma formação em serviço sobre a temática das Necessidades de Saúde Especiais (NSE) em crianças e do *Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener*, uma vez que se identificou a falta de conhecimento sobre esta problemática e sobre o instrumento referenciado, que será abordado mais à frente. Além disso, tendo em conta que se pretendia realizar um estudo na USF L com foco neste tema e recorrendo a este instrumento, e por forma a promover a compreensão e participação dos profissionais no mesmo, revelou-se necessária a partilha de conhecimentos nesta área. Tal foi concretizado numa reunião de serviço, num momento designado para tal, antes do início da colheita de dados na unidade

e com autorização prévia da coordenação da mesma, no sentido de fazer chegar a informação pertinente a todos os profissionais da unidade. Para a realização desta formação, elaborou-se uma apresentação em formato PowerPoint explicando os vários pontos de interesse para a temática. A formação revelou-se uma mais-valia, já que permitiu dar a conhecer um instrumento validado para a língua portuguesa do qual os profissionais de saúde poderão fazer uso para melhor conhecer a comunidade pediátrica que compõe os seus ficheiros. Além disto, possibilitou a troca de pareceres e conhecimentos entre os profissionais sobre o tema.

Ainda que esta metodologia tenha sido concebida para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados, será também aplicável à atividade individual, e em particular para o EEESF, cuja atividade diária desenvolve-se em torno do progresso, beneficiando então da estruturação da ação segundo as etapas do ciclo PDCA, que se assemelha ao próprio processo de Enfermagem. Além disto, é do dever do EEESF partilhar o conhecimento especializado que detém, visando melhorar as práticas em vigor e obter ganhos em saúde. No decurso dos ensinos clínicos, a troca de conhecimentos intra e interprofissional tomou lugar em diversos momentos, no contacto diário com os profissionais da própria unidade ou, de uma forma menos recorrente, com os demais das unidades com que se articulava, nomeadamente a UCC, momentos nos quais foi possível proceder à partilha de saberes, tal como preconizado pelo PDCA.

4.1.3. Domínio da gestão de cuidados

O presente domínio diz respeito à capacidade de o enfermeiro especialista gerir os cuidados prestados, de forma a promover a atividade dos profissionais, não só de Enfermagem como da equipa multidisciplinar, perante os utentes, salvaguardando o carácter seguro e de qualidade desta atividade. Diz também respeito à gestão dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades apresentadas, bem como à adaptação dos modelos de liderança, objetivando a qualidade mantida dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Anexo III).

No decurso dos ensinos clínicos inerentes ao MECAESF, tive a oportunidade de contactar com vários profissionais de diferentes unidades, o que permitiu inserir este domínio na minha prática. Ao nível da USF L, foi-me possível articular cuidados com os demais enfermeiros e médicos, bem como assistentes técnicos, em diferentes ocasiões, objetivando a obtenção de ganhos em saúde pelos utentes a quem se dirigiam estes cuidados, através de uma conceção intra e interdisciplinar dos mesmos, acontecendo isto não só com a equipa de saúde e ficheiro com que contactei mais e que abordei no presente trabalho, mas com as restantes equipas, respeitando assim os limites da minha atuação e envolvendo no plano de cuidados o utente e os seus elemento de referência, nomeadamente o enfermeiro de família e o médico de família respetivos.

Já fora da USF, e em particular com a UCC G, tive a possibilidade de observar e participar ativamente naquela que é a sua atividade diária, ganhando assim um conhecimento mais aprofundado da sua missão e da forma como podem influenciar os utentes e famílias, promovendo o seu bem-estar, atuando numa modalidade distinta daquela que é a ação do EEESF. Além disto, pude contactar com a equipa de Serviço Social com que a USF se articula na referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Para além desta articulação com terceiros, e por forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, recorri à evidência científica como fundamentação da minha prática, aplicando os diferentes referenciais teóricos previamente abordados, particularmente o MCAIF, enquanto modelo teórico de eleição na abordagem à família.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio refere-se a competências que se relacionam, por um lado, com a prática do autoconhecimento por parte do especialista, estabelecendo-se nas relações proporcionadas pelo ambiente profissional, quer com o cliente como com os demais profissionais. Por outro, refere-se à prática baseada na evidência, sendo que o especialista não só recorre ao conhecimento científico mais adequado para suportar as decisões que toma,

como participa ativamente no seu desenvolvimento, envolvendo-se nas áreas de investigação e de ensino (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Anexo IV).

Tal como exposto anteriormente, ao longo dos ensinamentos clínicos mencionados tive a oportunidade de contactar com outros profissionais no âmbito da prestação de cuidados, articulando com outros enfermeiros, médicos e assistentes técnicos, procurando a conceção efetiva dos cuidados mais adequados ao utente. Esta articulação requereu um reconhecimento concreto dos papéis de cada um destes agentes, bem como do próprio, no caso enquanto aluna do MECAESF, o que implica conhecer os limites deste estatuto, isto é, perceber até onde poderá ir a sua intervenção sem sobrepor o campo de ação dos demais profissionais, sendo também entendida por estes como apreciativa das suas funções e do seu trabalho.

Por outro lado, esta noção de autopercepção implicou a identificação e monitorização individual mantida dos aspetos a melhorar, permitindo assim que houvesse evolução no agir, algo que se deveu em grande parte à prática baseada na evidência. O percurso realizado no MECAESF revelou-se um grande precursor desta evolução, desde a fase inicial centrada nas componentes teóricas que fundamentam a prática do EEESF, até à fase final dos estágios, que permitiram pôr em prática os conhecimentos previamente adquiridos e aprofundá-los. Foi também no decurso dos ensinamentos clínicos que se tornou possível constatar quais as áreas do conhecimento que requeriam maior estudo, algo que se tornou perceptível através do contacto diário com os utentes, as famílias e os contextos diversos que as envolvem, incorrendo em necessidades diferentes, o que implicava respostas adaptadas, algo que apenas será efetuado eficazmente quando baseado no conhecimento científico adequado. O investimento no estudo destas áreas, particularmente nos referenciais teóricos abordados no presente relatório, revelou-se assim uma mais-valia, fornecendo um suporte cimentado em conhecimento validado, o que trouxe segurança não só aos utentes e às famílias, alvos dos cuidados prestados, como à aluna, que os executou.

Somado a isto, houve também no decurso dos estágios a oportunidade de tomar parte ativa na área de investigação, algo que será abordado no próximo capítulo. Isto fez-se através de dois estudos, um quantitativo, aplicado na USF L, e um qualitativo, recorrendo ao MCAIF. A realização destes abriu caminho à entrada no mundo da investigação, possibilitando o desenvolvimento de competências por parte da aluna e trazendo uma nova visão e compreensão da população da USF L e das suas necessidades, o que será uma benesse para a prestação de cuidados efetivos.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

Tal como exposto anteriormente, a saúde e bem-estar das famílias são pontos fulcrais para funcionamento da sociedade. Torna-se, assim, perceptível a imprescindibilidade da atividade do EEESF, enquanto profissional que tem por cliente a família, detendo o conhecimento científico necessário para a abordagem familiar, de tal forma que a legislação portuguesa reconhece esta necessidade e, por isso, salvaguarda a presença de profissionais com este grau de especialização nas USF, tal como descrito anteriormente (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro). A necessidade da presença de enfermeiros com especialidade na área de Enfermagem de Saúde Familiar tem sido também realçada pela OMS, que reforçou esta ideia em 2000, com a Declaração de Munique, onde sublinha a urgência do estabelecimento de serviços centrados na família, incluindo aqui a prática da Enfermagem de Saúde Familiar (OMS, 2000).

As competências específicas do EEESF surgem contempladas pela legislação portuguesa em 2011, através do Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. Porém, só em 2014 é criada a especialidade de Enfermagem em Saúde Familiar, com o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, que define o conceito de enfermeiro de família enquanto profissional de enfermagem que “cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção

primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde” e que “contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde”, estabelecendo os princípios orientadores da sua atividade no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Posteriormente, em 2015 surge o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, servindo como referencial da prática do EEESF (Regulamento nº 367/2015, de 29 de junho).

Assim, de acordo com o Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, são competências específicas do EEESF:

- Cuidar “da família como unidade de cuidados” (p. 8660): o EEESF age como promotor desta unidade na sua capacitação perante a fase desenvolvimental em que se encontra e os desafios associados à mesma, o que pressupõe que o EEESF seja capaz de entender esta unidade como um sistema único e complexo, atendendo às “suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização” (p. 8660), que a conceba como mutável, transformando-se em função das fases transicionais que vivencia em função do ciclo vital (p. 8660) e que envolva a família na elaboração do seu processo de cuidados, com vista à participação de todos os membros da mesma (p. 8661).

- Prestar “cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (p. 8660): o EEESF foca-se tanto na família, enquanto unidade, como em cada um dos seus membros. Isto pressupõe que o EEESF proceda à avaliação desta unidade nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e de funcionamento, que identifique casos particularmente complexos e elabore respostas apropriadas à fase desenvolvimental em que a família se encontra e que proceda à implementação e avaliação de intervenções que visem a promoção da vivência saudável das mudanças inerentes ao desenvolvimento familiar por todos os membros (p. 8661).

No contexto da USF L, em que se deu o contacto recorrente com diferentes utentes e famílias, foi possível aplicar estas competências na prática diária, em diferentes graus, utilizando os momentos de contacto com estes para uma abordagem holística e dirigida e intervindo de forma personalizada perante cada utente/família, adaptando a abordagem de acordo com as características e condicionantes de cada um. O facto de alguns os utentes e famílias serem, no terceiro ensino clínico, já conhecidos pela aluna e a identificarem como figura de referência na área da saúde facilitou esta abordagem e intervenção, uma vez que se possuía já conhecimento não só sobre as suas condições de saúde como acerca das suas condicionantes emocionais, culturais, sociais e económicas, o que incorre necessariamente na determinação do modo de atuação. Aqui, o reconhecimento das diversidades e especificidades influenciadas pela componente cultural revelou-se determinante, já que muitas das famílias com que se pôde contactar eram de origem externa a Portugal, o que influencia a sua visão sobre a saúde e a posição perante as suas necessidades e prioridades, pontos que se revelam cruciais na formulação de intervenções efetivas. Também a conceção da unidade familiar na sua globalidade e unicidade se revelou essencial na personalização dos planos de cuidados, tendo sempre em consideração o envolvimento da própria família neste processo, integrando-a na formulação dos cuidados a prestar. No que refere à intervenção propriamente dita, procurou-se manter o foco nas forças dos utentes/famílias, identificando tantos as forças pré-existentes como as potenciais e usando estas como ferramentas para intervir, incrementando assim o seu sentido de autoeficácia e empoderamento.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, surgiu em diversos momentos a oportunidade de atuar e guiar os diferentes tipos de contactos e consultas com os utentes/famílias, tendo por base aquilo que se vem a observar da prática

de uma EEESF, o que se revelou crucial neste crescimento e desenvolvimento para a atuação especializada. Foi possível aprofundar a implementação de atividades da índole de competências do EEESF, particularmente através da aplicação do MCAIF em diferentes graus na prática diária, com os vários utentes que recorriam à unidade, nomeadamente aqueles cujo contacto foi mais recorrente, observando a família como um todo, numa perspetiva holística, e reconhecendo-a como um sistema único e complexo, que se mantém em interação com o meio e que está, portanto, sujeito a mudança constante, associando ao ciclo vital em que se encontra e formulando um plano de cuidados colaborativamente, focado nas forças do sistema, sugerindo diferentes cursos de atuação e implementando aquilo que faz sentido e é aceite pela família naquele momento. A procura de informação sobre as famílias e do seu envolvimento no processo de saúde mostrou-se benéfica na abordagem destas, não só por mostrar preocupação por parte do enfermeiro ou, no caso, da aluna, como por atribuir um papel as estas na consecução do seu processo de saúde, transmitindo não só uma noção de responsabilidade como de autoeficácia. O facto de discutir e determinar o curso de atuação com a própria família instiga o sentimento de autodeterminação e promove a confiança no plano terapêutico.

Além disto, a utilização das perguntas de intervenção revelou-se uma técnica frequentemente utilizada, pela sua praticidade, permitindo a obtenção de informação, a reflexão sobre determinados assuntos relevantes para a família e a promoção da mudança. Também o foco nas forças, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, e pelo MCAIF, se revelou crucial na abordagem das famílias, assistindo-se a uma reação positiva por parte destas, o que não só promove os ganhos em saúde como fortalece a relação terapêutica estabelecida, notando-se maior abertura e disponibilidade para a abordagem. Esta disposição, por sua vez, encorajou a aluna no seu crescimento e atuação enquanto futura EEESF.

As atividades inerentes à prática relacionada com a especialidade decorreram não só nos momentos de consulta com a família e/ou direcionados à saúde da família, como também em ocasiões de contacto com um só utente para a abordagem à sua família, através de questões abertas que dão espaço à resposta elaborada por este, permitindo assim ter uma visão do que ocorre no seio familiar sem a presença deste. Fez-se também proveito de momentos de contacto em contexto dos programas, como a Saúde Materna ou a Saúde Infantil, para abordar estas mesmas questões, tendo sempre o foco no sistema familiar. Recorreu-se ainda à consulta de visita domiciliária para uma observação direta daquela que é a dinâmica familiar no local onde esta se dá com maior frequência, o domicílio, o que possibilitou a constatação de comportamentos que se dão neste meio e que não seriam observáveis num contexto externo, como é o da USF, permitindo assim uma compreensão aprofundada daquele que é o funcionamento e os movimentos internos da família. Desta forma, foi possível não só ter uma visão mais completa da família como aplicar intervenções personalizadas, sendo que a sua ação não está constricta a momentos de contacto com todo o núcleo familiar ou destinados a este fim, alargando-se também aos contactos apenas com um ou alguns dos membros, podendo estes dar-se ou não no contexto programado e planeado para a saúde da família.

Alguns dos casos onde isto mais se verificou foi na abordagem às famílias que recorreram à unidade por convocatórias realizadas no âmbito o projeto da Dignidade Menstrual. Na maioria dos casos, eram jovens menores de idade acompanhadas pelos pais que procuravam a unidade neste sentido, tendo sido possível então abordar não só a jovem como os pais e, conseqüentemente, o todo que era a família. Exemplo disto foi um caso de uma jovem de 14 anos que recorreu para obter os produtos fornecidos pelo projeto, tendo vindo acompanhada pela sua mãe, que se encontrava, na altura, no início do processo de climatério. Abordou-se a mãe sobre a sua vivência desta fase, assistindo-se então a uma descrição de vários sintomas que a própria não associava a esta mudança, expressando que não se reconhecia e não entendia o que se passava. A filha referiu também que notava mudanças na mãe, principalmente no seu comportamento, sem reconhecer a causa, o

que a deixava frustrada. Fez-se então proveito daquele contacto para incentivar a narrativa desta vivência da perspectiva de ambas, validar e normalizar as emoções expressadas e incentivar o apoio entre as duas, bem como realizar ensinamentos sobre o climatério às duas, tendo produzido resultados positivos no imediato, em que a mãe expressou alívio por agora compreender que o que estava a viver era normal e a filha referiu entender melhor o que se passava com a sua mãe.

Destaca-se também a realização do estudo de caso, que será abordado no próximo capítulo, como promotor da evolução na atividade enquanto EEESF, já que permitiu a aplicação do MCAIF na íntegra, contemplando as suas três dimensões de avaliação, bem como a implementação de intervenções dirigidas ao todo que é a unidade familiar, elaborando-se um plano de cuidados em conjunto com a mesma, respeitando a sua capacidade de autoconhecimento e autodeterminação, os seus valores, crenças e costumes. Por outro lado, a aplicação na íntegra do MCAIF a um cenário familiar concreto permitiu a incorporação deste modelo no desenvolvimento da prática diária, em diferentes graus, ao contactar com diferentes famílias, já que proporcionou uma compreensão mais aprofundada das várias dimensões que este modelo agrega e o que cada uma delas, bem como o seu todo, implica, não só de um ponto de vista da colheita de dados e formulação de planos de cuidados com consequente aplicação de intervenções adequadas à abordagem familiar, como também da perspectiva de autoconhecimento do profissional que recorre a este referencial, requerendo a noção, por parte deste, das suas capacidades e limitações, por forma a conseguir enquadrar realisticamente o uso do modelo. Fala-se aqui na aplicação do modelo na prática diária em diferentes graus uma vez que, dada a completude e complexidade do mesmo, não é possível empregá-lo na totalidade a todas as famílias com que se contacta no dia a dia. No entanto, é sim possível aplicar por partes, querendo isto dizer que se poderá proceder à avaliação de uma das diversas subcategorias contempladas no referencial e atuar sobre a mesma, contribuindo isto para a visão global de cada família e para o entendimento do seu funcionamento, sendo nesta medida que se empregou o MCAIF na prática diária ao longo dos ensinamentos clínicos.

Através das ações até aqui descritas, tornou-se possível estabelecer, ao longo dos ensinamentos clínicos, relações terapêuticas que procuraram fomentar o bem-estar das famílias e que proporcionar a ocorrência de mudanças de segunda ordem no sistema familiar, isto é, a transformação do sistema, tal como sugerido pela TGS, objetivando assim o favorecimento do seu funcionamento e da sua integridade.

5. Prática Especializada Baseada na Evidência

A prática baseada na evidência surge como um dos pontos que define a atividade do enfermeiro especialista, estando esta noção integrada nas suas competências. Como tal, atendendo ao percurso académico ao qual se refere o presente relatório, revela-se a importância de desenvolver esta componente. Assim, o presente capítulo debruçar-se-á sobre a mesma, sendo composto por dois estudos - Estudo 1, que trata a identificação e caracterização de crianças com NSE, e Estudo 2, que remete a um estudo de caso realizado a uma família com filho com uma NSE particular, a adição sem substâncias. Os dois estão interrelacionados, tratando o tema das crianças com NSE, perspetivando-se a identificação de uma família com filho com NSE para a realização do 2º estudo através do 1º estudo. Porém, como os dois apresentam características diferentes, no que refere à tipologia de estudo, objetivos, metodologia e resultados, serão abordados separadamente no presente capítulo.

5.1. Estudo 1 – Crianças com Necessidades de Saúde Especiais: identificação e caracterização

Tal como vimos anteriormente, existem vários tipos de famílias, podendo estas ser constituídas apenas por um elemento, por um casal ou por diferentes gerações, nomeadamente aquelas descendentes do casal, que serão os filhos. Enquanto parte integrante do sistema familiar, esta geração torna-se um ponto fulcral da atuação do EEESF, tanto numa fase mais inicial do ciclo vital familiar, em que a família sofre transformações associadas ao nascimento e crescimento da criança, modulando-se de acordo com as diferentes etapas do desenvolvimento de infância, como numa fase mais tardia, em que os filhos, agora adultos, saem da família de origem e criam os seus próprios seios familiares, dando assim a possibilidade aos pais de se voltarem a descobrir enquanto casal. É, portanto, perceptível a importância do foco na criança dentro da família, por forma a assegurar que as transições associadas ao seu desenvolvimento são vividas de forma positiva por si e pelo sistema. Para que tal aconteça, é preciso enquadrar cada criança, família e vivência ao contexto e ambiente que as rodeiam.

Atualmente, assiste-se a uma prevalência crescente de crianças que apresentam NSE na Europa. Segundo a OE (2022), entendem-se por NSE aquelas “que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema” (p. 4), podendo incorrer em perturbações funcionais ou estruturais que requerem a prestação de cuidados diferenciados (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015, *as cited in* OE, 2022, p. 4).

De acordo com o Eurostat (2023), em 2021, a percentagem de crianças com menos de 16 anos da União Europeia (UE) que relatavam possuir alguma limitação de atividade relacionada com problemas de saúde era de 4,4%, das quais 1% apresentava limitações severas. Para além disto, cerca de 4% das crianças da UE reportavam apresentar necessidades de saúde não satisfeitas, sendo que Portugal surge como um dos países com maiores níveis de incumprimento das necessidades médicas dentárias infantis (Eurostat, 2023). A isto soma-se o rápido desenvolvimento digital a que a sociedade está sujeita no presente, resultando num ambiente fortemente envolvido por tecnologias, às quais as crianças estão expostas cada vez mais cedo e com maior frequência, sujeitando-as assim a contacto excessivo com ecrãs e a conteúdo digital com potencial perigoso (Sigman, 2017; OMS, 2025).

Atualmente, estão descritas diferentes consequências negativas que a exposição a ecrãs representa para as crianças, nomeadamente a nível cardiometabólico, psicossocial e noutras vertentes, apresentando impacto marcado na componente neurológica, que se reflete em comportamentos de dependência e adição a ecrãs, surgindo estes descritos como distúrbios de dependência de ecrãs, que se poderão traduzir em diferentes

problemáticas, nomeadamente a dependência do telemóvel, da internet, das redes sociais ou até de videojogos (Sigman, 2017). Estudos mostram que as sequelas decorrentes destas dependências apresentam semelhanças àquelas advindo da dependência de álcool e drogas (Clark, 2014; Fauth-Bühler & Mann, 2015; Wen & Hsieh, 2016, *as cited in* Sigman, 2017). A nível neurológico, está já descrita a relação entre os distúrbios de dependência de ecrãs e disfunção dopaminérgica, abnormalidades estruturais, funcionais e dos neurorrecetores, entre outros (Sigman, 2017).

Reconhecendo os riscos associados ao uso excessivo de ecrãs, várias nações a nível mundial começam a planear a introdução de limitações a atividades relacionadas com isto. O primeiro país a impor restrições foi a Austrália, que desde 10 de dezembro de 2025 proibiu menores de 16 anos a utilizarem as redes sociais (Agência Lusa, 2025). A tendência para introduzir normas semelhantes está a ser igualmente analisada no Parlamento Europeu, que pretende implementar a mesma medida de idade mínima para o uso destas redes, inserindo a vertente da possível utilização mediante permissão dos tutores, considerando também a concretização de outras medidas de restrição de outros meios que possam ser nocivos para menores, como a inteligência artificial, os vídeos, a publicidade dirigida, entre outros (Direção-Geral da Comunicação do Parlamento Europeu, 2025). Já em Portugal se impõem algumas limitações nesta área, particularmente com o Decreto-Lei n.º 95/2025, de 14 de agosto, que proíbe os alunos de 1º e 2º ciclos de utilizarem dispositivos móveis com acesso à Internet durante todo o período de funcionamento escolar, tanto letivo como não letivo, no recinto escolar, salvo algumas situações particulares que requeiram o uso dos mesmos.

Atendendo às inúmeras consequências que a exposição a ecrãs poderá trazer para quem os usa excessivamente, não só a nível psicológico ou comportamental, como é o caso das dependências destes dispositivos, como a nível físico e fisiológico, descritos nas abnormalidades estruturais neurológicas e défice de neurorrecetores, compreende-se o risco que terá na saúde e bem-estar dos seus utilizadores, particularmente aqueles cujo desenvolvimento esteja em curso, como é o caso das crianças. Tendo isto em conta, e retornando ao conceito da OE para NSE, é possível inferir que a exposição a ecrãs poderá induzir em crianças o surgimento destas necessidades. A OMS reconhece o ambiente nocivo a que as crianças estão expostas atualmente, podendo isto incorrer em malefícios para a sua saúde, e adverte para o risco aumentado que crianças com NSE apresentam de experienciar estigmatização, preconceito e exclusão social, bem como a dificuldade acrescida no acesso aos serviços de saúde e a receção de cuidados de menor qualidade, realçando assim a urgência da abordagem destas questões junto das instituições de saúde, por forma a minimizar estas discrepâncias e promover ganhos em saúde. Ressalta assim a urgência em implementar intervenções que fomentem não só mudanças aos níveis individual, familiar, comunitário e social, como nos próprios sistemas multidisciplinares que prestam cuidados a estas crianças, no sentido de obter respostas mais eficazes e adequadas às suas necessidades (OMS, 2023).

Constata-se atualmente a presença crescente de estudos que retratam as NSE na população pediátrica portuguesa, bem como a adição sem substâncias, nomeadamente a dependência de ecrãs. No entanto, atendendo ao papel do EEESF e do enfermeiro de família na intervenção ao nível primário e secundário e à sua atuação no ambiente dos Cuidados de Saúde Primários, torna-se relevante a abordagem desta temática da perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar, por forma a promover a prática baseada em evidência e, por conseguinte, os cuidados prestados. Como tal, desenvolveu-se o estudo aqui apresentado, com o intuito de fornecer uma análise sobre crianças com NSE, pelo ângulo da Enfermagem de Saúde Familiar.

5.1.1. Metodologia

A metodologia refere-se, tal como o nome indica, à fase do processo de investigação em que se descrevem os meios que permitirão atingir os objetivos propostos para o estudo em causa. Assim, esta fase implica a definir,

primeiramente, o desenho de investigação, isto é, os métodos a implementar para dar resposta às questões levantadas, e posteriormente, determinar a população e amostra a que o estudo se dirige, bem como os processos de colheita de dados, que deverão ser válidos para aplicação na população definida, e ainda os meios de análise de dados (Fortin, 2009, p. 53).

Atendendo a isto, conjuntamente com a fundamentação teórica previamente explanada, apresentam-se de seguida os diferentes elementos constituintes da metodologia planeada para o presente estudo, que centrar-se-á na caracterização das crianças com NSE identificadas na USF L.

5.1.1.1. Questões de Investigação

A questão de investigação trata-se de uma pergunta clara que visa mostrar de forma precisa o rumo pretendido para o estudo. É redigida no presente e compreende, no seu conteúdo, os conceitos que serão tratados na investigação (Fortin, 2009, p. 53). Assim, um projeto poderá ter mais que uma questão de investigação.

A correta formulação das questões de investigação é determinante para o sucesso do estudo, já que irão trilhar o caminho que este irá tomar. Como tal, questões incorretamente redigidas poderão conduzir a cursos de ação que não permitirão produzir os resultados expectáveis ou desejados (Fortin, 2009, pp. 72-73).

Atendendo a isto, para o projeto de investigação aqui tratado, formularam-se as seguintes questões de investigação para o presente estudo:

- Qual é o perfil das crianças que apresentam NSE na USF L?
- Qual é o domínio afetado nas crianças com NSE identificadas na USF L?

5.1.1.2. Objetivos

Os objetivos são enunciados que informam sobre o que se pretende obter com a concretização de cada estudo, fornecendo informação concreta sobre “as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2009, p. 160).

Tendo em conta o tema exposto e previamente explanado na fundamentação teórica e as questões de investigação formuladas, delinearam-se os seguintes objetivos para o presente estudo:

Objetivo geral:

- Identificar crianças com NSE na USF L;

Objetivos específicos:

- Descrever as principais condições de saúde das crianças com NSE identificadas na USF L, através da aplicação do CSHCN *Screenner* (The Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2002);
- Caracterizar as crianças com NSE identificadas na USF L, sob o ponto de vista dos domínios dependência, utilização de serviços e limitações funcionais.
- Caracterizar as necessidades presentes nas crianças com NSE identificadas na USF L, incluindo o tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso de medicação, uso de serviços de saúde e terapias e alterações na funcionalidade, através da aplicação do CSHCN *Screenner*- (The Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2002);
- Caracterizar a nível sociodemográfico as crianças com NSE identificadas na USF L;

5.1.1.3. População e Amostra

De acordo com Kerlinger e Lee (1999), citados por Fortin (2009), o conceito de população entende-se como um “conjunto de indivíduos ou de objetos com características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo” (p. 55). No caso do presente estudo, a população definida é a das famílias com crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 17 anos e 364 dias de idade. Teve-se em conta este intervalo de idades uma vez que o estudo tem por alvo as crianças com NSE e que, em Portugal, a maioridade civil é atingida aos 18 anos de idade, altura em que assume responsabilidade total pelos seus atos e bens (Decreto-Lei n.º 496/77, de 25 de novembro).

Já a amostra refere-se a uma porção da população alvo do estudo, que é constituída tendo em conta a impossibilidade avaliar esta população por inteiro (Fortin, 2009, p. 55). Para o presente estudo, trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, já que é composta por um conjunto de indivíduos de fácil acesso e que cumprem os critérios de inclusão necessários (Fortin, 2009, p. 321), que neste caso se trata do intervalo de idade supramencionado e serem crianças com famílias inscritas na USF L, bem como a capacidade cognitiva dos seus tutores para preencher questionários em formato digital e o acesso a meios digitais para proceder a este preenchimento. Também o tamanho da amostra é um fator a tomar em consideração na consecução do processo de investigação, sendo influenciado pelo tipo de estudo em causa, os seus objetivos, o carácter homogéneo da população, as variáveis em causa, o nível de significância, a potência estatística e a extensão do resultado esperado (Fortin, 2009, pp. 326-330). Sendo que o presente estudo se classifica como sendo do tipo quantitativo e descritivo, aspetos que iremos abordar no ponto seguinte, e que nestes casos, amostras menores serão suficientes (Morse, 1991, *as cited in* Fortin, 2009, p. 327), definiu-se como amostra as famílias com crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 17 anos e 364 dias de idade, inscritas na USF L e que acessem às consultas de Saúde Infanto-Juvenil, desde a data de aprovação do projeto de investigação, inicialmente proposto para outubro de 2025, até à conclusão do ensino clínico, que se deu a 30 de janeiro de 2026.

5.1.1.4. Tipo de Estudo

Quando se fala de metodologia em investigação, reconhecem-se dois métodos principais que determinam a consecução do estudo: o método quantitativo e o método qualitativo. O primeiro permite a avaliação de variáveis e a extração de dados numéricos passíveis de transladar para populações ou realidades diferentes. Já o segundo baseia-se em descrever ou obter conhecimento mais aprofundado sobre um determinado fenómeno, reconhecendo-o como único e imprevisível (Fortin, 2009, p. 27).

Atendendo a estas definições, e tendo em conta os objetivos delineados, compreende-se que o presente estudo se remete ao método quantitativo. Este método abarca diferentes tipos de estudo, variando consoante a realidade a que se aplicam (Aragão, 2011). Um destes tipos, e no qual se classifica o presente projeto de investigação, é o estudo descritivo que, tal como o nome indica, se trata à descrição de um determinado tema, sendo frequentemente utilizado na investigação em Saúde e particularmente relevante no tratamento de temas sobre os quais se tem pouco conhecimento. Estudos descritivos poderão também ser utilizados perante o método qualitativo, sendo que neste caso irão diferir, já que neste a descrição será centrada na experiência associada ao fenómeno, enquanto que na metodologia quantitativa a descrição foca-se no fenómeno em si (Fortin, 2009; Aragão, 2011).

Atendendo novamente aos objetivos definidos, nomeadamente à pretensão de descrever as condições de saúde afetas às crianças com NSE na USF L, compreende-se como o estudo presentemente trabalhado se classifica como um estudo descritivo.

5.1.1.5. Instrumentos de Colheita de Dados

Tal como exposto anteriormente, no presente estudo recorreu-se à aplicação instrumentos concretos para atingir os objetivos traçados. Assim, para a identificação de famílias com crianças com NSE, utilizou-se o CSHCN

Screeners, um instrumento criado nos Estados Unidos da América e já adaptado e validado para a população portuguesa (The Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2002; Pires *et al.*, 2026, p. 196). Este instrumento baseia-se na noção de que se entende como portadora de NSE qualquer criança que apresente atualmente, ou tenha maior risco de vir a apresentar, uma condição de saúde crónica, seja esta física, desenvolvimental, emocional ou comportamental, e que requeira a utilização de serviços relacionados com a saúde para além daqueles comumente utilizados por crianças da mesma faixa etária (Pires *et al.*, 2026).

O CSHCN *Screeners* contempla 3 domínios de avaliação, sendo eles a toma de medicação por prescrição médica, excluindo vitaminas, a utilização de serviços de saúde e a limitação funcional”, sendo que uma criança com NSE poderá apresentar necessidade associada a apenas um destes domínios ou a mais que um (Pires *et al.*, 2026, pp. 196-197). Trata-se, portanto, de um questionário composto por 14 perguntas, das quais cinco averiguam se a criança reporta cinco sequelas diversas derivadas de situações de saúde, sendo que apenas se considera que a criança detém NSE se obtiver “resposta positiva às três partes de pelo menos uma das quatro primeiras questões ou às duas partes da última questão” (The Child and Adolescent Health Measurement Initiative, 2002, *as cited in* Pombal *et al.*, 2024, p. 2). Assim, considera-se que a criança apresenta NSE ao registar resposta positiva a, no mínimo, um dos cinco grupos de perguntas (Pombal *et al.*, 2024, p. 6). Para melhor compreensão do conteúdo que os cinco grupos de perguntas comportam, apresenta-se de seguida, na Figura 1, estes mesmos grupos e respetivas perguntas, bem como a tradução e adaptação realizada a partir do instrumento original para a população portuguesa.

Item	Descrição inglesa	Descrição portuguesa
1	Does your child currently need or use medicine prescribed by a doctor (other than vitamins)?	A sua criança necessita ou toma atualmente medicamentos prescritos por um médico (além de vitaminas)?
1a	Is this because of any medical, behavioral, or other health condition?	O motivo está relacionado com um problema médico, comportamental ou outra condição de saúde?
1b	Is this a condition that has lasted or is expected to last for at least 12 months?	Trata-se de uma condição que dura ou que se prevê que dure, pelo menos 12 meses?
2	Does your child need or use more medical care, mental health, or educational services than is usual for most children of the same age?	A sua criança necessita ou usa mais cuidados de saúde, serviços de saúde mental ou serviços educacionais do que é habitual para a maioria das crianças da mesma idade?
2a	Is this because of any medical, behavioral, or other health condition?	O motivo está relacionado com um problema médico, comportamental ou outra condição de saúde?
2b	Is this a condition that has lasted or is expected to last for at least 12 months?	Trata-se de uma condição que dura ou que se prevê que dure, pelo menos 12 meses?
3	Is your child limited or prevented in any way in his or her ability to do the things most children of the same age can do?	A sua criança tem alguma limitação ou é incapaz de fazer alguma atividade que a maioria das crianças da mesma idade consegue fazer?
3a	Is this because of any medical, behavioral, or other health condition?	O motivo está relacionado com um problema médico, comportamental ou outra condição de saúde?
3b	Is this a condition that has lasted or is expected to last for at least 12 months?	Trata-se de uma condição que dura ou que se prevê que dure, pelo menos 12 meses?
4	Does your child need or receive special therapy, such as physical, occupational, or speech therapy?	A sua criança necessita de fazer ou faz terapia, como fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala?
4a	Is this because of any medical, behavioral, or other health condition?	O motivo está relacionado com um problema médico, comportamental ou outra condição de saúde?

4b	Is this a condition that has lasted or is expected to last for at least 12 months?	Trata-se de uma condição que dura ou que se prevê que dure, pelo menos 12 meses?
5	Does your child have any kind of emotional, developmental, or behavioral problem for which he or she needs or receives treatment or counseling?	A sua criança apresenta algum problema emocional, de desenvolvimento ou comportamental, para o qual necessita ou faça algum tratamento ou aconselhamento?
5a	Has this problem lasted or is it expected to last for at least 12 months?	Trata-se de um problema que se prolonga desde há, ou é expectável durar, pelo menos 12 meses?

Figura 1 - Grupos de perguntas e descrição de itens do CSHCN *Screener*
Adaptado de Pombal *et al.* 2024, pp. 5-6, Tabela 1

As perguntas contempladas pelo CSHCN *Screener* estão diretamente relacionadas com os domínios que este instrumento procura avaliar, da seguinte forma: a dependência de medicação prescrita, averiguada pelas perguntas 1, 1a e 1b; a utilização de serviços acima da média, que se traduz pelas respostas às perguntas 2, 2a, 2b, 4, 4a, 4b, 5 e 5a; a presença de limitações funcionais, que se averigua através das perguntas 3, 3a e 3b.

A aplicação deste instrumento realizou-se através de um código QR, contendo uma breve explicação do estudo, disponibilizado em contexto de consulta de Saúde Infantil e Juvenil de forma sistemática a todos os cuidadores que acompanham crianças a estas consultas durante o período de execução do estudo. Para assegurar a divulgação do estudo e o acesso destes cuidadores ao código QR, elaborou-se um documento contendo este código e uma breve explicação sobre o estudo, tendo-se alocado um exemplar deste documento em cada um dos gabinetes de enfermagem da USF L, bem como um exemplar na secretaria e outro na sala de espera desta unidade. No Apêndice I, apresenta-se o documento mencionado.

5.1.1.6. Procedimentos Éticos e Formais

Como já abordado no presente relatório, reconhece-se que a ética é uma componente permanentemente presente na prática da Enfermagem, sendo um ponto fulcral das competências comuns do enfermeiro especialista. O mesmo tem de ser necessariamente tido em consideração aquando da realização de projetos de investigação, por forma a assegurar o conhecimento e consentimento de todas as partes envolvidas nos ditos.

Neste sentido, para a execução do presente estudo, foi primeiramente solicitada autorização à coordenação da USF L, bem como à ULS-RL, o que implicou o devido preenchimento e submissão de cartas de autorização à unidade em questão (Apêndice II) e aos Presidente do Conselho de Administração (Apêndice III) e da Comissão de Ética para a Saúde da ULS-RL (Apêndice IV), tendo-se submetido também descrição do estudo, para melhor compreensão do mesmo. Foi igualmente preenchido e submetido formulário relativo ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação (Apêndice V), bem como declaração de confidencialidade (Apêndice VI), folha de rosto do estudo (Apêndice VII), caderno de instrumentos de colheita de dados, *Curriculum Vitae* dos profissionais envolvidos e listagem de todos documentos anexos ao pedido de autorização (Apêndice VIII), tal como protocolado pela ULS-RL.

Além disto, o formulário de preenchimento do CSHCN *Screener*, utilizado no presente estudo, continha primeiramente o esclarecimento do mesmo, o seu propósito, a garantia de proteção de dados e solicitação de consentimento expresso ao participante para a participação neste, avançando para o questionário propriamente dito apenas após obtenção deste consentimento.

A colheita de dados foi iniciada após obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética, que se deu a 10/11/2025, e do Conselho de Administração da ULS-RL, que se deu a 12/11/2025, tal como se pode consultar no Anexo 1, sendo que a comunicação da aprovação ocorreu a 17/11/2025, por via endereço eletrónico.

5.1.1.7. Procedimentos de Tratamento de Dados

Após a colheita dos dados, passa-se, no método científico, à sua análise, sendo que o processo utilizado para tal dependerá do tipo de estudo que se está a realizar. Para estudos do tipo descritivo, como é o caso do

presentemente trabalhado, recorre-se à análise descritiva (Fortin, 2009, p. 57). Segundo Fortin (2009), entende-se por análise descritiva dos dados como “o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos” (p. 410).

Para proceder à análise dos dados colhidos no presente estudo, através da aplicação do CSHCN *Screenner*, recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®), um programa largamente utilizado para a análise estatística na área das ciências sociais, tal como o próprio nome refere. Este programa tem vindo a sofrer várias atualizações desde a sua génese, sendo que, para o presente trabalho, utilizou-se a versão 31.0.0.0. Para a análise propriamente dita dos dados colhidos, empregaram-se técnicas de estatística descritiva, nomeadamente as frequências absolutas (n) e relativas (%), as medidas de referência central, em particular a média, e as medidas de dispersão, concretamente o desvio-padrão, o valor mínimo e o valor máximo.

5.1.2. Resultados

No período de colheita de dados, entre 17/11/2026 e 31/01/2026, obtiveram-se 12 respostas ao questionário aplicado, sendo que destas 5 (41,7%) se referiam a crianças do sexo feminino e as restantes 7 (58,3%) a crianças do sexo masculino. A média das idades das crianças retratadas nas respostas ao questionário era de 10 anos, com o valor menor apresentado tratando-se dos 5 anos de idade e o maior dos 17 anos de idade, apresentando um desvio-padrão de 4.

Das 12 respostas obtidas, houve 7 que responderam positivamente a todas as questões associadas a pelo menos um dos 5 itens abordados pelo CSHCN *Screenner*, enquanto as restantes 5 responderam negativamente a todas as questões. Das 7 respostas positivas, 5 tratavam-se de crianças do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

As questões que obtiveram maior número de respostas positivas reportavam-se à toma de medicamentos por prescrição médica e à utilização de cuidados de saúde, serviços de saúde mental ou serviços educacionais, ambas com 5 respostas positivas. As estas seguiram-se as questões relativas ao recurso a terapias específicas, em que se obtiveram 4 respostas positivas. Por fim surgiram as questões que remetem para a presença de alguma limitação ou incapacidade e à existência de problema emocional, de desenvolvimento ou comportamental que requeira tratamento ou aconselhamento, tendo cada uma obtido 3 respostas positivas.

Analisando as questões associadas à toma de medicação por prescrição médica, das 5 respostas positivas, todas reportaram que esta era motivada por um problema de saúde que a criança possuía, sendo que apenas 4 referiram que a duração deste fosse de pelo menos 12 meses.

Já no que refere à questão da utilização de cuidados de saúde, serviços de saúde mental ou serviços educacionais, todas as respostas positivas confirmaram que isto se devia a problema de saúde e que teria duração de pelo menos 12 meses.

Passando à questão sobre a presença de limitação ou incapacidade, em que se obtiveram 3 respostas positivas, apenas 2 referiram que esta seria motiva por um problema de saúde e que a sua duração fosse de pelo menos 12 meses.

Relativamente ao recurso a terapias específicas, das 4 respostas positivas, todas afirmaram dever-se a um problema de saúde e apenas 3 reportaram uma duração de pelo menos 12 meses.

Finalmente, em relação à existência de problema emocional, de desenvolvimento ou comportamental que requeira tratamento ou aconselhamento, cujo número de respostas positivas foi de 3, todos afirmaram que teria duração de pelo menos 12 meses.

Fazendo a interpretação dos dados expostos pelo ponto de vista dos domínios contemplados pelo CSHCN *Screenner*, obtiveram-se respostas positivas em que apenas um dos domínios foi sinalizado como presente, particularmente 1 resposta positiva apenas ao domínio da dependência e 1 resposta positiva apenas ao domínio da utilização de serviços. Nenhuma das respostas positivas se referiu à presença única do domínio das limitações funcionais.

Houve também respostas positivas em que mais do que um dos domínios do CSHCN *Screenner* foi sinalizado como presente. Obteve-se, portanto, 2 situações com resposta positiva para o domínio da dependência e o da utilização de serviços, bem como 1 situação com resposta positiva para o domínio da utilização de serviços e o das limitações funcionais. Em nenhum caso se reportou resposta positiva para o domínio da utilização de serviços e o das limitações funcionais. Para além destes, identificaram-se 2 situações com sinalização dos três domínios contemplados no CSHCN *Screenner* como presentes.

Através da aplicação do CSHCN *Screenner*, obtiveram-se 9 respostas positivas para a presença de doença, problema de comportamento ou outro problema de saúde. Nestas, foram identificadas diferentes condições de saúde, nomeadamente: condições do aparelho respiratório (7); transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento (2); manifestações alérgicas (1); dermatite atópica (1); hemangioma (1); alterações do tecido tendinoso (1); problemas sensoriais e musculares (1).

Destas 9 respostas positivas, 6 reportaram apenas 1 problema de saúde. Dos restantes, 2 reportaram 2 problemas de saúde e 1 reportou 3.

Para além disto, em 4 casos reportou-se a ocorrência de hospitalização motivada pelos problemas de saúde que estes identificaram. Destes, 3 reportaram apenas 1 hospitalização no último ano e 1 reportou 2 hospitalizações.

Houve também 6 casos que reportaram que a criança cumpria tratamento farmacológico motivado pelo problema de saúde que possuía, sendo que em 5 destes o responsável identificado pelo cumprimento deste tratamento era mãe e em 1 o pai.

Para melhor compreensão dos dados até aqui descritos, apresenta-se de seguida uma tabela que contempla a amostra do estudo, as questões e as dimensões contempladas no CSHCN *Screenner* e respetivas frequências, absolutas e relativas, de respostas positivas obtidas em cada uma, individualmente e por domínios agrupados.

Tabela 1 - Resultados da aplicação do CSHCN *Screenner*

Amostra	Respostas
Número de crianças e jovens incluídos na amostra	12 (100%)
Número de crianças e jovens sem NSE	5 (41,7%)
Número de crianças e jovens com NSE	7 (58,3%)
Número de crianças e jovens com NSE do sexo masculino	5 (71,4%)
Número de crianças e jovens com NSE do sexo feminino	2 (28,6%)
Itens do CSHCN <i>Screenner</i>	Respostas Positivas
1. Necessidade ou toma de medicamentos prescritos por um médico	5 (41,7%)
2. Utilização ou necessidade de mais serviços de saúde, de saúde mental ou de educação	5 (41,7%)
3. Limitações funcionais comparativamente a outras crianças da mesma idade	3 (25%)

4. Necessidade de terapia específica, como fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala	4 (33,3%)
5. Existência de problema emocional, de desenvolvimento ou comportamental que requeira tratamento ou acompanhamento	3 (25%)
Domínios do CSHCN Screener	Respostas Positivas
Apenas dependência	1 (8,3%)
Apenas uso de serviços	1 (8,3%)
Apenas limitação funcional	0
Dependência e uso de serviços	2 (16,7%)
Dependência e limitação funcional	0
Uso de serviços e limitação funcional	1 (8,3%)
Dependência, uso de serviços e limitação funcional	2 (16,7%)

5.1.3. Discussão

A aplicação do CSHCN *Screener* à população pediátrica com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias que recorreram a consultas de Saúde Infanto-Juvenil trouxe dados importantes sobre a abordagem das NSE no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Em primeiro lugar, é importante referir que a amostra obtida não é suficiente para a transposição de resultados a toda a população e que se beneficiaria da aplicação deste instrumento de uma forma mais alargada para poder obter uma visão íntegra da proporção de crianças com NSE inscritas na USF L e das suas necessidades, por forma a promover a formulação de planos direcionados às mesmas.

Posto isto, verifica-se que, apesar de se tratar de uma amostra pequena, obteve-se nesta uma maior proporção de crianças com presença de NSE do que sem, com mais de metade das crianças (58,3%) a responderem positivamente a pelo menos 1 dos 5 itens do questionário. Isto, só por si, sugere que existe uma porção a considerar de crianças e famílias com risco acrescido de complicações e que, como tal, requerem atenção especializada.

Além disto, constatou-se que a maioria das crianças que reportou NSE se trata de rapazes, o que poderá indicar a existência de uma relação entre o sexo e a presença de NSE, sendo isto um dado que só poderia ser confirmado com uma amostragem de maiores dimensões.

A maioria das crianças reportou NSE associada a mais do que uma das dimensões contempladas no CHSCN *Screener*, sendo as dimensões com maior representação a dependência e a utilização de serviços apenas em associação e as 3 dimensões associadas, ou seja, a dependência, a utilização de serviços e a limitação funcional. Isto demonstra que há uma necessidade redobrada que estas crianças apresentem para conseguir manter a sua função diária na sequência dos problemas de saúde que apresentam. A isto acresce o facto de que a maioria das crianças que respondeu ao questionário referiu ter um problema de saúde, quer isto traduzisse ou não em NSE.

Dos 5 itens que constituem o CHSCN *Screener*, os que mais obtiveram resposta positiva foram o item relativo à toma de medicação e o item sobre a utilização de serviços de saúde, saúde mental ou educação, ambas com 41,7% de respostas positivas. Isto incorre em focos de atenção como a gestão do regime terapêutico, que terá

impacto no bem-estar da criança. Estando esta gestão ao encargo de uma figura de referência, na maioria dos casos o subsistema parental, importa trabalhar com estes os conhecimentos e as capacidades necessárias para executarem efetivamente esta gestão, entrando aqui o enfermeiro de família como elemento privilegiado na facilitação deste processo.

Averiguou-se também que a mãe, ou figura materna, se apresentou como o elemento da família que mais frequentemente assumia a responsabilidade pelo cumprimento do tratamento farmacológico. Isto poderá incorrer na sua sobrecarga, algo que deverá ser considerado na abordagem familiar.

No que refere às patologias manifestadas, as que se apresentaram com maior frequência foram as condições do aparelho respiratório, como asma, rinite, sinusite, bronquite ou outras doenças respiratórias. Sendo este um grupo que abrange um leque variado de patologias, com necessidades terapêuticas diferentes, importa ter em conta estes antecedentes aquando da abordagem familiar, por forma a identificar quais as suas sequelas e, se presentes, a forma como afetam a família e como esta gere as necessidades perante as mesmas.

Não se identificou, nas respostas ao questionário, nenhuma criança que referisse a adição sem substâncias nos problemas de saúde, tal como previsto inicialmente. Isto poderá dever-se ao facto de a amostra ser de conveniência e não representativa e, por esse motivo, terem emergido as situações mais prevalentes.

Apesar de não se ter identificado crianças com adição sem substâncias através da aplicação do CHSCN *Screener*, este instrumento revelou-se prático e efetivo na deteção de crianças com NSE, permitindo também determinar quais as áreas de atenção a trabalhar para cada caso, através dos itens e dimensões que contempla, e possibilitando o reconhecimento das situações familiares que poderão estar em risco de disfunção, stress e/ou sobrecarga na sequência da NSE e que, por isto, requerem a atenção especializada do EEESF para proceder à avaliação e intervenção familiar íntegra e fundamentada na evidência científica.

5.1.4. Conclusão

O CHSCN *Screener* revelou-se um instrumento eficiente para proceder à identificação de crianças com NSE, sendo de fácil utilização e aplicação. O seu uso no contexto dos Cuidados de Saúde Primários é ainda pouco frequente, pelo que se beneficiaria da expansão da sua utilização padronizada neste meio, tornando-o uma ferramenta útil para as equipas de família.

No que refere ao estudo aqui trabalhado, destaca-se a proporção de crianças identificadas com NSE, configurando a maioria das respostas obtidas, o que realça a importância de contemplar o impacto das NSE pelas instituições de saúde, em particular os Cuidados de Saúde Primários, que atuam num modo de intervenção primário, sem a presença necessária de patologia agudizada, o que permite uma abordagem num contexto mais semelhante do que é a realidade diária das famílias, estando mais próximos a estas e, portanto, tendo uma posição privilegiada para atuar. De notar que o número de respostas obtidas na amostra trabalha é insuficiente para a transposição de conclusões à população pediátrica inteira da USF, requerendo para tal a aplicação alargada do CHSCN *Screener*, tanto no tempo como em quantidade, por forma a se poderem redigir conclusões concretas sobre as necessidades desta população e a prevalência das NSE na mesma e, assim, fornecer a base para a implementação de políticas locais que se foquem nas crianças com NSE e nas suas famílias, objetivando a promoção da sua saúde e bem-estar.

A realização do presente estudo permitiu, assim, constatar a necessidade de se concretizar mais investigação no âmbito das NSE, no sentido de conhecer de forma mais aprofundada as populações a que se prestam cuidados e as suas necessidades, objetivando a atuação baseada na evidência e a obtenção de ganhos em saúde.

Reconhecem-se como limitações ao estudo a dimensão reduzida da amostra obtida, tal como exposto acima, o que impossibilita a transposição de resultados para a generalidade da população pediátrica. Isto, por sua vez, realça a necessidade da realização de mais estudos direcionados para esta temática, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

5.2. Estudo 2 - Estudo de Caso a uma família com um filho com adição sem substâncias

Tal como descrito anteriormente, a saúde e o bem-estar das famílias são pontos fulcrais para o desenvolvimento positivo das sociedades. Como tal, importa mobilizar recursos que assegurem e promovam estes pontos, surgindo o EEESF como um dos meios privilegiados para atingir tais fins. Como tal, é necessário que este profissional avalie e atue perante as necessidades de cada família, procurando abordar tanto cada um dos seus elementos individualmente como o sistema no seu todo. Assim se reconhece a importância de concretizar a família como uma unidade que influencia e é influenciada pelas suas partes.

Vimos também anteriormente que uma das partes fulcrais do sistema familiar e que requer particular atenção é o subsistema filial, composto pelos filhos. Da mesma forma, constatámos que, atualmente, estes filhos, particularmente os que se encontram em idade pediátrica, se encontram expostos a inúmeros riscos, em específico aqueles associados à exposição a ecrãs, podendo isto incorrer no desenvolvimento de condições que se poderão classificar como NSE.

A presença de NSE traz desafios não só para a própria criança que dela padece como para a família enquanto unidade, que podem passar por procedimentos médicos e rotinas associadas, administrar medicação e assistir a criança nas suas atividades de vida diárias (Javalkar *et al.*, 2017, *as cited in* Stevens, Aziz, Wuensch & Walcott, 2024). Estas necessidades, acrescidas às exigências colocadas pelo quotidiano e à gestão da vida pessoal e vida profissional, representam um potencial obstáculo no bem-estar destas famílias, podendo incorrer em sobrecarga e, conseqüentemente, afetando a sua saúde física e mental (Stevens, Aziz, Wuensch & Walcott, 2024). Além do mais, cuidadores de crianças com NSE apresentam maior probabilidade de vir a desenvolver problemas de saúde crónicos, tais como obesidade, diabetes, afeções cardíacas, bronquite crónica, dor lombar e articular, ansiedade e depressão, comparativamente a cuidadores de crianças sem NSE (Lee *et al.*, 2017; Puka *et al.*, 2019; Caicedo, 2014, *as cited in* Stevens, Aziz, Wuensch & Walcott, 2024). A isto acresce a sobrecarga financeira, associada aos custos dos cuidados específicos decorrentes das necessidades destas crianças (Ghandour *et al.*, 2014, *as cited in* Stevens, Aziz, Wuensch & Walcott, 2024).

Atendendo aos riscos a que as crianças com NSE e seus cuidadores estão sujeitos, e tendo em conta que a família é vista como um sistema, em que todos os seus elementos interagem e se influenciam entre si, atendendo às suas características de circularidade e reciprocidade, revela-se crucial identificar precocemente famílias com crianças com NSE e proceder ao seu acompanhamento, por forma a prevenir o desenvolvimento de complicações que possam afetar o funcionamento familiar. Surge aqui novamente o EEESF como elemento determinante nesta identificação e atuação dirigida, enquanto profissional com as competências técnicas e científicas para a adequada abordagem da unidade familiar como cliente. Mais uma vez identifica-se um crescente de evidência científica sobre crianças com NSE e adição sem substâncias na população científica, porém constata-se a carência de estudos dirigidos para a perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar. Reconhecendo-se esta necessidade, desenvolveu-se o presente estudo, com o intuito de fornecer uma análise sobre famílias de crianças com NSE e o impacto da adição sem substâncias nestas, pelo ângulo da Enfermagem de Saúde Familiar.

5.2.1. Metodologia

Anteriormente expuseram-se os vários elementos que compõe a metodologia. Tomando isto em conta, bem como a fundamentação teórica presentemente explanada, apresentam-se de seguida as diferentes componentes que constituem a metodologia planeada para o presente estudo, que se baseará na realização de um estudo de caso a uma família com filho com NSE, particularmente adição sem substâncias, identificada na USF L.

5.2.1.1. Questões de Investigação

Tal como exposto anteriormente, as questões de investigação são enunciados, na forma interrogativa, que indicam claramente o percurso a seguir para o estudo e, como tal, a sua formulação influencia o sucesso do mesmo.

Assim, foram formuladas as seguintes questões de investigação para o presente estudo:

- Qual é o risco familiar apresentado por famílias com filhos com adição sem substâncias identificadas na USF L?

- Quais as características apresentadas, a nível dos domínios estrutural, desenvolvimental e de funcionamento, por famílias com filhos com adição sem substâncias, identificadas na USF L?

5.2.1.2. Objetivos

Atendendo ao tema exposto na fundamentação teórica e as questões de investigação formuladas, definiram-se diferentes objetivos para o presente estudo, sendo estes os seguintes:

Objetivo geral:

- Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade de uma família com uma criança com NSE, particularmente adição sem substâncias;

Objetivo específico:

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

5.2.1.3. População e Amostra

Atendendo ao presente estudo, tratando-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, contemplou-se para o mesmo uma família inscrita na USF L com filho com idade compreendida entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade e com NSE, em particular a adição sem substâncias, enquanto participante do estudo. Como tal, trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência.

5.2.1.4. Tipo de Estudo

Constata-se que o presente estudo se trata de um estudo de caso, sendo, portanto, de natureza qualitativa. Os estudos de caso baseiam-se na análise pormenorizada e extensa de um evento associado a uma determinada entidade, que neste caso é a família. Como tal, revela-se particularmente útil quando se trata de situações cujos dados disponíveis são escassos, possibilitando assim ampliar o conhecimento sobre determinado evento perante aquela entidade (Fortin, 2009). Transpondo isto para o tema em análise no presente estudo, que é a presença de NSE, nomeadamente a adição sem substâncias, em crianças e o impacto destas condições nas suas famílias, e tendo em conta que a adição sem substâncias é ainda uma questão pouco trabalhada na população portuguesa e à luz da área da Saúde, torna-se perceptível como se trata de um fenómeno sobre o qual a informação disponível é limitada, particularmente quando se fala na dimensão

familiar aqui abordada. Como tal, é fundamental procurar obter mais informações sobre este evento no sentido de obter mais conhecimento e, assim, melhor compreendê-lo.

5.2.1.5. Instrumentos de Colheita de Dados

O presente estudo centra-se na avaliação familiar de uma família com uma criança com NSE, particularmente adição sem substâncias, identificada na USF L. Para tal, delineou-se a utilização de um conjunto de instrumentos já largamente reconhecidos e utilizados na prática diária para o efeito, no sentido de fazer a análise segundo a metodologia de estudo de caso. Um destes é o MCAIF, já abordado na fundamentação teórica. Associado a este modelo, e com o objetivo de compreender do funcionamento da família, recorreu-se à escala de APGAR familiar de Smilkstein, abordado no mesmo capítulo, que se baseia na noção de que os elementos da família entendem o funcionamento da mesma e que permite averiguar o seu nível de satisfação para com este (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023). Além disto, importa aplicar instrumentos que informem acerca do risco familiar de famílias de crianças com NSE. Existem diversas ferramentas de avaliação do risco familiar, sendo que uma das que apresenta mais evidência suportando a sua utilização é a escala de risco de García-González, um instrumento que integra seis parâmetros de avaliação, nas vertentes demográfica, socioeconómica e da saúde, a cada um dos quais se atribui um ponto, sendo que ao somatório final corresponde um grau de risco familiar, nomeadamente entre 0 e 1 pontos a baixo risco, 2 a 4 pontos a médio risco e mais de 4 pontos a alto risco (Bispo, Santiago, Rosendo & Simões, 2022).

Outro instrumento frequentemente utilizado para a avaliação do risco familiar é a escala de Segovia Dreyer, que contempla um conjunto de critérios de risco aos quais se atribui um ou dois pontos, sendo que o somatório final dos pontos atribuídos a cada um dos critérios resultará no nível de risco familiar, sendo que entre 0 e 3 pontos equivale a baixo risco, entre 4 e 6 pontos a médio risco e mais de 10 pontos a alto risco (Castelo Branco, 2013).

Os instrumentos até aqui referidos integram o sistema de documentação e registo clínico dos Cuidados de Saúde Primários da ULS-RL. Como tal, este desenho metodológico, em articulação com a identificação prevista no 1º estudo, permite conjugar uma abordagem de identificação sistemática e prática clínica real com uma leitura profunda e contextualizada da realidade familiar.

5.2.1.6. Procedimentos Éticos e Formais

A concretização do presente estudo seguiu os mesmos trâmites que o 1º estudo, com pedido inicial de autorização à coordenação da USF L, bem como à ULS-RL, através de cartas de autorização à USF (Apêndice II) e aos Presidente do Conselho de Administração (Apêndice III) e da Comissão de Ética para a Saúde da ULS-RL (Apêndice IV), associados à submissão de descrição do estudo, de formulário relativo ao consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação (Apêndice V), de declaração de confidencialidade (Apêndice VI), de folha de rosto do estudo (Apêndice VII), de caderno de instrumentos de colheita de dados, de *Curriculum Vitae* dos profissionais envolvidos e de listagem de todos documentos anexos ao pedido de autorização (Apêndice VIII).

Adicionalmente, para aplicação dos restantes instrumentos à família com criança com NSE identificada e selecionada, solicitou-se também o consentimento à mesma para participação nesta componente do estudo, antes da sua execução, informando igualmente sobre o propósito do estudo e assegurando a proteção de dados, através da anonimidade.

À semelhança do primeiro estudo, o início da colheita de dados deu-se após obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULS-RL, tal como se verifica no Anexo 1, sendo que a comunicação da aprovação se deu a 17/11/2025, por via eletrónico.

5.2.1.7. Procedimentos de Tratamento de Dados

Atendendo ao presente o estudo, que incide sobre a avaliação das dimensões estrutural, de desenvolvimento e de funcionamento de uma família, através da aplicação de escalas e modelos teóricos, perspetivando-se a descrição do fenómeno que é a sistémica particular da família em estudo, foi efetuada uma análise qualitativa de natureza descritiva e interpretativa, sustentada nos referenciais teóricos e modelos de avaliação familiar previamente definidos. Os dados recolhidos através das escalas aplicadas, da observação e da informação obtida junto da família, através de entrevistas, foram organizados, sistematizados e analisados de forma integrada, permitindo a caracterização das dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional do sistema familiar.

Procedeu-se, assim, à triangulação da informação proveniente das diferentes fontes de dados, com o objetivo de compreender a dinâmica familiar, identificar recursos, necessidades e áreas de vulnerabilidade, bem como interpretar os resultados à luz dos modelos teóricos de enfermagem de família utilizados no estudo. A apresentação dos resultados desta fase assume, portanto, uma natureza narrativa e compreensiva, privilegiando a descrição aprofundada do caso e a contextualização do fenómeno em análise.

5.2.2. Resultados

Inicialmente, pretendia-se identificar uma família com filho com adição sem substâncias através do CSHCN *Screenner*, aplicado no 1º estudo, o que não se constatou. Não obstante, face à gravidade e relevância desta problemática e também por se tratar de uma questão recente para a área da Saúde, existindo ainda escassos dados sobre a sua representação na população portuguesa e sobre a abrangência do seu impacto, selecionou-se por conveniência uma família com um filho que apresenta adição sem substância.

O cenário aqui abordado retrata uma família reconstituída, composta por 5 elementos: o pai - P -, de 47 anos; a mãe - M -, de 45 anos; o primeiro filho da M - G -, de 22 anos, resultante de uma relação prévia da mesma; a primeira filha do casal - J -, de 16 anos; o segundo filho do casal - L -, de 4 anos. Para efeitos do presente trabalho, e por forma a preservar a anonimidade dos envolvidos, denominar-se-á a família por família X. O paciente identificado neste cenário é o filho mais novo - L -, que recorre com maior frequência a cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente por apresentar os seguintes diagnósticos.

- Sintoma/Queixa de comportamento da criança: diagnóstico com o código P22, ativo desde 04/04/2023;

- Dificuldade específica da aprendizagem: diagnóstico com o código atribuído P24, ativo desde 14/02/2025.

O paciente identificado habitava em Portugal com a sua mãe, que é de nacionalidade brasileira, e irmã. Já o pai, de nacionalidade portuguesa, e o irmão mais velho encontravam-se em Angola, onde trabalham, sendo sócios de uma empresa lá sediada. Não foi possível aplicar o CSHCN *Screenner* a esta família, uma vez que, à data de aprovação do presente estudo, os elementos que residiam em Portugal teriam emigrado para Angola, onde se encontravam P e J.

Os cuidados diferenciados a que L recorria com frequência são as consultas de Neurologia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Terapia com animais. Apesar disto, a recorrência desta criança aos cuidados de saúde primários era menos frequente, dando-se predominantemente aquando da avaliação anual, ou seja, uma vez por ano. Os restantes elementos da família não apresentavam antecedentes pessoais ou problemas de saúde.

Por forma a explicar claramente os resultados obtidos perante a avaliação da estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade, tal como proposto nos objetivos do presente estudo, apresentar-se-ão de seguida os dados

colhidos de acordo com cada uma das dimensões avaliadas. De referir que os dados apresentados foram recolhidos em três contactos com a família, não tendo sido possível realizar mais contactos por esta se ter ausentado do país. Não foi também possível contactar com todos os elementos do núcleo familiar, já que dois se encontravam emigrados.

Dimensão Estrutural: tal como acima descrito, a família X é composta por 5 elementos: o pai - P -, de 47 anos; a mãe - M -, de 45 anos; o primeiro filho da M - G -, de 22 anos, resultante de uma relação prévia da mesma; a primeira filha do casal - J -, de 16 anos; o segundo filho do casal - L -, de 4 anos. M refere ter uma irmã, que reside em Portugal, e menciona a mãe, que vive no Brasil, mas visita o país com frequência, e que o pai já faleceu há muitos anos, não especificando o número de anos. Refere também a presença dos sogros.

Os pais, M e P, estão casados desde março de 2008. M teve um casamento prévio, do qual resultou o seu filho mais velho, G, tendo-se divorciado em 2005. Tanto M como G não mantêm qualquer tipo de relação com o progenitor deste ou a família, sendo que G se refere a P como o seu pai e o vê como figura parental. A relação é recíproca, sendo que P trata G como seu filho, não havendo qualquer distinção em relação aos restantes filhos. O mesmo se sucede com a família de P, particularmente os seus pais, que tratam G como um neto. Perante estes dados, foi possível realizar o genograma, gráfico representante da estrutura interna da família, que se apresenta de seguida. De notar que foram atribuídas letras aleatoriamente aos restantes membros da família, nomeadamente o ex-companheiro de M - A -, a mãe, pai e irmã de M - U, O e N, respetivamente -, e a mãe e pai de P - I e E, respetivamente.

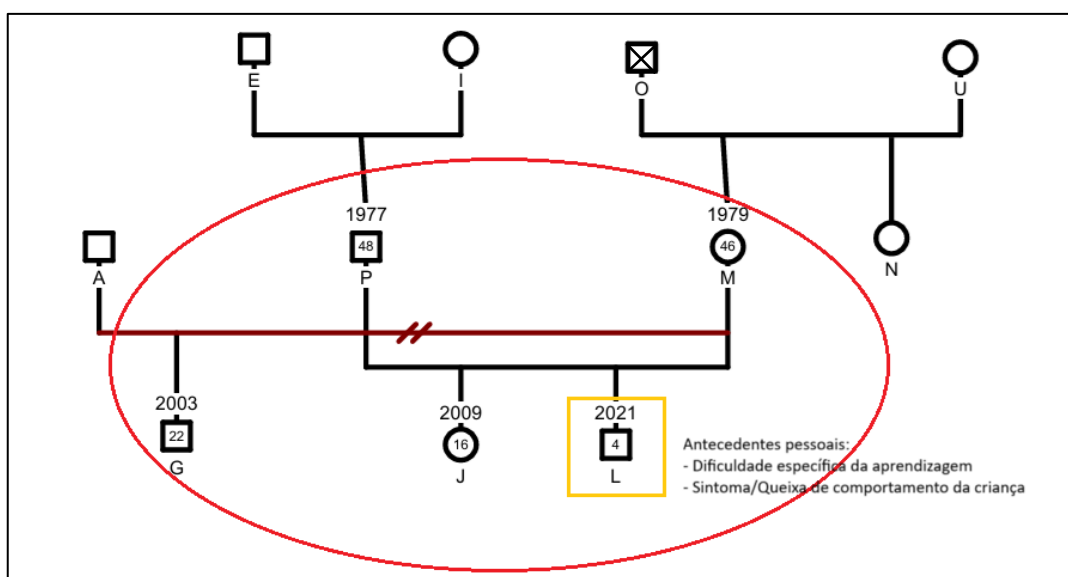


Figura 2 - Genograma da família X

O paciente identificado, L, frequentava o infantário, onde realizava sessões de terapia da fala e terapia ocupacional conjuntas 1 vez por semana, bem como sessões de psicomotricidade 1 vez por mês, associada a terapia com animais, no caso um cão. M afirmava que L mantinha uma boa relação com os terapeutas e com as professoras do infantário, com quem a mãe teria contacto frequente, e que estas tinham sido uma grande ajuda no desenvolvimento de L. Dizia ainda que, apesar das dificuldades na comunicação, L estabelecia relações com as restantes crianças que frequentam o seu infantário, interagindo e participando em jogos e brincadeiras com elas.

M afirmava que os diagnósticos e sintomas de L foram despoletados por uso excessivo de ecrãs desde cedo, criando dependência neste e tendo sido aconselhado pela pediatra a removê-los. M referiu também que quando iniciaram este processo de remoção, L reagia com choro intenso, inquietude e irritabilidade. Mais

recentemente, apresentava melhoria destas reações, com presença de alguma irritabilidade e choro ocasionais. Referia ainda que a pediatra prescreveu Risperidona 1.6mg via oral, a administrar em SOS, quando L se encontra mais agitado. M dizia que inicialmente recorria a esta medicação com frequência, porém que atualmente não identifica essa necessidade.

Ainda sobre os diagnósticos de L, M referia que tanto ela como P se sentiam culpados e angustiados, afirmando também sentirem falta de apoio dos serviços de saúde em Portugal e sensação de descarte da situação de L por estes. M afirmou que L seria avaliado por equipas de saúde no Brasil, por sentir maior suporte por parte destes.

M e J dialogavam positivamente sobre as relações que tinham com os restantes elementos do núcleo familiar, afirmando haver cumplicidade e afeto entre todos, e que sentiam saudades de G e P. M afirmava sentir-se cansada e sobrecarregada, uma vez que o marido estava emigrado e que L era muito dependente de si, sendo que os seus dias se centravam no filho mais novo e que este reagia negativamente quando afastado da mãe, com agitação e, por vezes, choro, quando esta o deixava no infantário, por exemplo. M referia não ter tempo para si própria, sentir-se “saturada de estar em casa” e com “falta de algo” na sua vida. Afirmava que a sua filha, J, ajuda bastante no dia a dia com L, assumindo algumas tarefas quando nota o cansaço da mãe, por iniciativa própria. J afirmava que não se importava e que gostava de ajudar nas tarefas com o irmão

No que refere à estrutura externa, a família referia ter o apoio da família alargada, nomeadamente da irmã e mãe de M, e da família de P, particularmente os seus pais. Referiam também ter amigos em Portugal que os apoiavam quando necessário. Além disso, afirmavam ser evangelistas praticantes e frequentarem o culto todos os fins de semana. Assinalaram ainda positivamente o apoio do infantário de L no seu desenvolvimento. Por outro lado, verbalizaram uma relação negativa com os serviços de saúde em Portugal e distanciamento com os vizinhos. Além disto, afirmaram que a filha do casal, J, apresentava sucesso escolar e mantinha relação próxima com amigos que fez na escola.

Seguidamente, apresenta-se o ecomapa, representante da estrutura externa da família X.

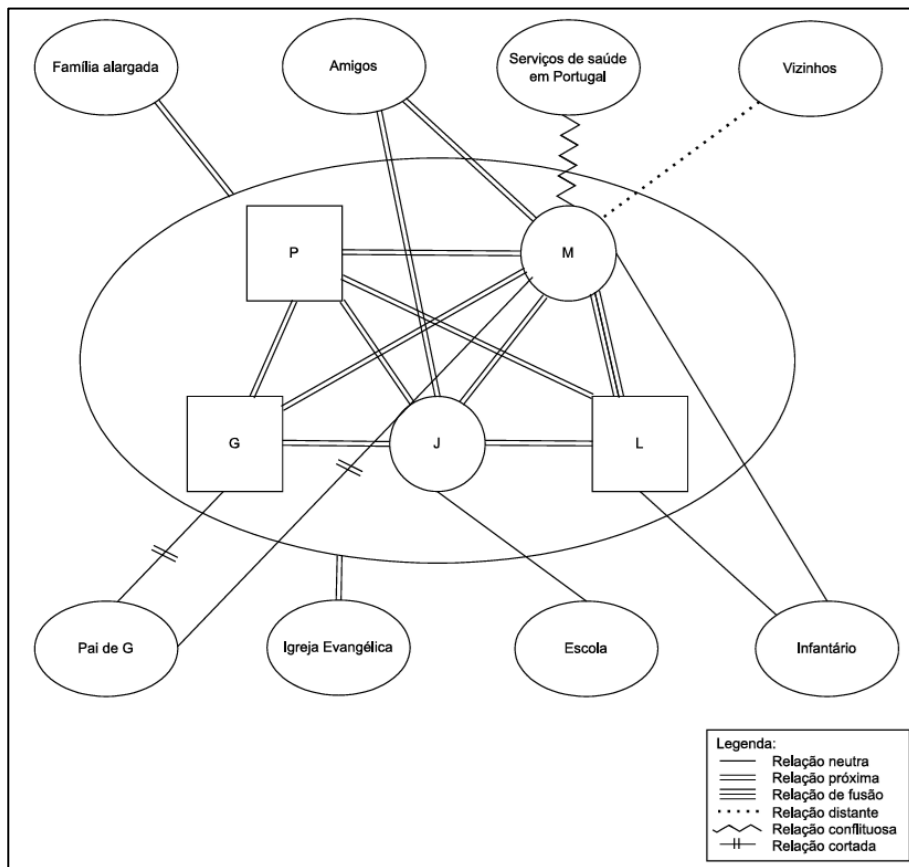


Figura 3 - Ecomapa da família X

M referiu que L requer apoio em algumas das atividades, nomeadamente a vestir-se e despir-se e nos cuidados de higiene, sendo este apoio dado por M ou por J. Referiu também que L dorme sempre consigo, por opção da própria, e que isto prejudicava o seu sono, tendo dificuldade em adormecer e que, por isto, por vezes L dormia com a sua irmã, J, por sugestão da própria.

Relativamente ao contexto, trata-se de uma família de raça caucasiana. Para identificação da classe social, recorreu-se à escala de Graffar. A família X residia num apartamento de sua propriedade, de tipologia T4 duplex numa urbanização recente, próximo do centro de uma cidade. O apartamento era também recente, onde a família habitava há cerca de 1 ano, e possui água da rede canalizada e aquecimento central.

Os 3 elementos mais velhos da família possuem o 12º ano, sendo que a mãe se encontrava a realizar uma licenciatura. O pai e o filho mais velho são sócios de uma empresa em Angola. Assim, atribui-se ao item profissão o grau 2, ao item instrução o grau 3, ao item rendimento familiar o grau 3, ao item habitação o grau 2 e ao item local de residência o grau 2, perfazendo assim uma pontuação final de 12 pontos, equivalendo à classe média alta.

Sobre a espiritualidade, tal como exposto anteriormente, a família X afirma ser evangelista praticante, frequentando o culto aos fins de semana e praticando orações durante a semana. Por fim, relativamente ao ambiente, a família X habitava num local espaçoso e confortável, porém a mãe afirmava ter uma relação distante com os seus vizinhos, sentindo que alguns a evitam e não tendo apoio dos mesmos.

Dimensão do Desenvolvimento: a família X encontra-se na 6ª etapa do ciclo vital familiar, a família com filhos adultos, atendendo à idade do filho mais velho e o facto de ter saído de casa. Nesta fase é expectável ocorrer

a promoção da autonomia do filho que sai, garantindo o apoio familiar mantido e a reorganização do casal enquanto subsistema.

Aquando da colheita de dados, P encontrava-se emigrado, facto que poderia dificultar a reorganização do casal. Apesar de o marido estar emigrado, M afirmava que P era um pai muito presente, ligando várias vezes ao dia para conversar com a esposa e os seus filhos e assumindo grande parte das tarefas de casa quando presente em Portugal, o que costumava acontecer a cada 3 meses. Referiu que todos os elementos da família têm relações próximas, dando destaque à ligação entre os seus 3 filhos, que afirmava ser muito forte e positiva. Dizia ainda que, quando o seu filho mais velho, G, era mais jovem e vivia consigo, sentia muito a falta do pai, no caso o P, e sofria com isso, e que desde que G saiu de casa e foi viver para Angola, onde se encontra P, a relação entre os dois melhorou muito, estando mais próximos agora. Afirmava ainda que, apesar de o marido não estar presente, a sua relação era próxima e que tentam compensar a distância conversando várias vezes ao dia, por chamada e videochamada, e designando tempo para os dois, enquanto casal, quando este estava presente.

Verifica-se, assim, a existência de vínculos fortes e positivos entre os elementos desta família. Denota-se também um vínculo bastante mais acentuado entre a mãe, M, e o filho mais novo, L, referindo-se uma dependência do filho para com a mãe e assumindo esta uma posição central nos cuidados a este, ainda que apoiada pela família e amigos. Isto é particularmente demarcado pelo receio que a mãe verbalizava em deixar o filho dormir sozinho, pela irritabilidade e choro ocasionais que L apresentava quando era deixado no infantário e pelo cansaço que M referia sentir derivado desta relação de dependência do filho.

Além disto, no que refere à promoção da autonomia do filho que sai de casa, M referiu que a parte superior do apartamento onde habitava teria sido preparada e designada para o seu filho mais velho, G, no sentido de lhe assegurar alguma independência e conforto.

Relativamente à gestão das tarefas do quotidiano, constata-se uma sobrecarga do seu desempenho pela mãe, M, uma vez que o marido estava ausente do país. No entanto, M afirmava que a filha, G, ajudava muito nesta gestão, particularmente nos cuidados ao filho mais novo.

Dimensão Funcional: M referia que que L apresentava atraso na linguagem, decorrente dos seus diagnósticos de saúde, e que não verbalizava até recentemente, sendo então capaz de dizer “não” e “papá”, progressos que fez com o apoio da terapia da fala. Por haver esta limitação na fala, M referia que sentia dificuldade em perceber as necessidades do filho. No entanto, M afirmava que L encontrava outras maneiras de comunicar, por exemplo guiando a mãe pela mão até ao frigorífico quando queria algo de lá e apontando. L usava fralda durante o dia e a noite, por não controlar ainda os esfíncteres e haver dificuldade na verbalização destas necessidades. Porém, M refere que pretendia iniciar o desfralde. No que refere às restantes atividades de vida diária, L apresentava boa motricidade geral, sendo capaz de caminhar e movimentar-se autonomamente e comer sozinho, requerendo algum apoio para vestir-se e despir-se e para realizar a higiene, dado pela mãe ou pela irmã.

M dizia ainda que L dormia sempre consigo, por receio da própria que algo acontecesse ao filho durante a noite e que necessitasse de atenção, nomeadamente a possibilidade de ele cair, por ser muito ativo durante o sono, tendo até adquirido grades para a cama de L para sua segurança, porém ainda assim tinha medo que este se magoasse. Afirmava que isto prejudica o seu sono, tendo dificuldade em adormecer e que, por isto, por vezes L dormia com a sua irmã, J, por sugestão da própria. Porém, afirmava ter a intenção de tentar colocar o filho a dormir sozinho, sendo que ele tinha o seu próprio quarto, cama e grades protetoras, o que facilitaria isto.

Além disto, M afirmava sentir-se cansada e sobrecarregada, uma vez que o marido estava emigrado e os seus dias se centravam no filho mais novo, que este reagia negativamente quando afastado da mãe. M referia não ter tempo para si própria, sentir-se “saturada de estar em casa” e com “falta de algo” na sua vida.

Para melhor compreensão do nível de satisfação com o funcionamento familiar, foi aplicada a escala de APGAR familiar a M e J, tendo ambas obtido um somatório final de 9 pontos, com atribuição da pontuação máxima a todas as questões do questionário à exceção da última, que aborda a satisfação do tempo passado com a família, a que ambas atribuíram 1 ponto.

Além dos dados colhidos no âmbito das dimensões a avaliar de acordo com o MCAF, foram também aplicadas a Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer e a Escala de Risco Familiar de García-González. Relativamente à primeira, a família apenas apresentou 1 ponto afirmativo dos itens que esta integra, sendo este a ausência temporária de um dos pais. Como tal, não se classificou qualquer tipo de risco de acordo com esta escala. No que refere à segunda, a família não apresentou qualquer ponto positivo dos itens contemplados, pelo que não evidenciou risco segundo esta.

5.2.3. Discussão

Tal como já referido, não se identificou, nas respostas ao CSHCN *Screenener*, nenhuma criança que referisse a adição sem substâncias nos problemas de saúde. Não obstante, face à gravidade e relevância desta problemática e também por ser uma questão recente para a área da Saúde, existindo ainda escassos dados sobre a sua representação na população portuguesa e sobre a abrangência do seu impacto, seleccionou-se por conveniência uma família com um filho que apresenta adição sem substâncias. Poderá também estar relacionado com o reconhecimento dos comportamentos associados à adição sem substâncias como patológicos, podendo ser por vezes entendidos como comuns ou habituais nas gerações mais jovens. Além disso, é uma patologia que não se enquadra inteiramente na codificação de antecedentes disponível nos sistemas informáticos dos cuidados de saúde, o que poderá dificultar a sua identificação. Isto enaltece a necessidade de implementar planos de ação que contemplem a adição sem substâncias como uma patologia e que definam as opções terapêuticas a implementar perante a mesma, por forma de prevenir o surgimento das várias complicações possíveis ou tratar as mesmas quando já presentes, objetivando a otimização funcional não só das crianças que destas padecem como das famílias a que estas pertencem e que também estão sujeitas ao surgimento de complicações de saúde.

Apesar desta problemática já ter sido largamente descrita e reconhecida à escala internacional, a nível nacional e local, é uma área que carece de investigação e uma compreensão profunda do fenómeno, nomeadamente sobre o impacto e alterações que emergem na família. Não tendo sido possível identificar uma criança com NSE associada a adição sem substâncias através da aplicação do CHSCN *Screenener*, seleccionou-se para avaliação familiar uma família com a qual foi possível contactar no decurso dos ensinamentos clínicos. Esta avaliação concretizou-se através da aplicação do MCAIF, do APGAR familiar e das escalas de risco familiar de Segovia Dreyer e de García-González, o que permitiu destacar algumas forças que a família possuía e que poderiam ser usadas em seu benefício, bem como algumas áreas a trabalhar.

Primeiramente, constatou-se que a família possuía vínculos afetivos positivos e que viam as suas relações de forma favorável, fornecendo o apoio necessário entre si. Além disto, beneficiavam de uma rede de suporte sólida, evidenciada pelas relações mantidas com sistemas externos, nomeadamente a família extensa, os amigos, a igreja evangélica e as instituições de ensinamentos frequentadas pelos filhos. Por outro lado, destacou-se também o distanciamento com os vizinhos e a insatisfação na relação com os cuidados de saúde em Portugal, algo que se foi trabalhando ao longo dos contactos que se teve com a família.

Além disto, averiguou-se que a família possuía boas condições de habitação e trabalho, classificando-se como uma família de classe média alta.

Relativamente aos limites existentes, foi possível constatar que estes são tendencialmente fluidos, sendo que a mãe e o pai, M e P, assumiam o papel parental, porém existia uma redistribuição de papéis ocasional e conforme a necessidade da família, particularmente quando J, a filha do casal, assumia algumas tarefas de casa e do cuidado ao irmão mais novo para ajudar a mãe.

Em relação à avaliação da dimensão do desenvolvimento, é necessário ter em conta que se trata de uma família reconstituída. Nestes tipos de famílias, é imperativo ter em atenção as relações entre os elementos com vínculo legal, mas não biológico, já que poderão gerar desavenças. Para além disto, poderá existir divergência na forma como cada parente, seja pai, mãe, padrasto ou madrastra, exerce as funções do papel associado, motivado pelas suas crenças e valores, o que por sua vez poderá dar lugar a conflitos caso a visão das duas figuras perante o desempenho daquele papel seja discordante. Acresce a isto o stress a que as crianças estão sujeitas ao passar pela dissociação daquele que era o seu seio familiar e participar na construção de uma nova família, mantendo os vínculos afetivos estabelecidos na família anterior. Assim se revela a importância de focar nos vínculos estabelecidos entre os novos elementos e procurar chegar ao equilíbrio, caso este não tenha sido ainda atingido no novo seio familiar (Cotrim & Figueiredo, 2023).

Estas noções são particularmente relevantes na análise da relação entre o pai, P, e o filho mais velho, G, já que não partilham vínculo biológico. No entanto, tal como expressado anteriormente, G não mantém qualquer tipo de relação com o seu progenitor e refere-se a P como o seu pai e figura parental, sendo a relação recíproca, já que P trata G como seu filho, não havendo qualquer distinção comparativamente aos filhos biológicos. Isto poderia ter também implicações na definição da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, uma que M tinha já um filho quando iniciou a relação com P, contrariamente a este. Porém, como é referido que P e G partilham um vínculo afetivo sólido de pai e filho e que cumprem as funções perante cada um enquanto subsistema parental e filial, respetivamente, o facto de se tratar de uma família reconstruída não trouxe questões ao estadiamento da família no ciclo vital, encontrando-se na 6ª etapa, de acordo com a classificação de Duvall.

Sobre os vínculos afetivos, sobressai a dependência existente na relação entre a mãe, M, e o filho, L, realçada pelos dados que referem que os cuidados a L são essencialmente desempenhados por M, que os dias desta se centralizam no filho mais novo e nas suas necessidades e que lhe trazem sentimentos de cansaço, pelas reações que L demonstra ocasionalmente ao separar-se da mãe, com choro e irritabilidade presentes, e pelos medos expressados por M em relação ao filho, nomeadamente em deixá-lo dormir sozinho.

No que toca à gestão de tarefas do quotidiano, esta recai sobre M, originando a sobrecarga da mesma e, verificando-se a compensação desta através da ajuda da filha, do marido, quando presente, da família extensa e dos amigos.

Relativamente à dimensão funcional, constatarem-se comprometimentos na subcategoria instrumental, particularmente no que refere às atividades de vida diária. Existe um compromisso do sono e repouso da mãe, M, uma vez que, tal como a própria referia, sentia-se cansada e teria dificuldade em adormecer. Existe também compromisso na atividade “trabalhar e divertir-se”, já que M referia não ter tempo para si própria e sentir que falta algo na sua vida. Além disto, constata-se comprometimento do comunicar, no que refere ao filho mais novo, L, já que apresenta um atraso na linguagem e apenas consegue verbalizar duas palavras.

No que refere à subcategoria expressiva, verificou-se um compromisso da comunicação verbal, uma vez que, como visto anteriormente, L tem limitação da fala, dificultando a percepção das suas necessidades pela família, sendo compensado por comunicação não verbal e paraverbal do próprio.

Para além disto, e particularmente no que refere aos diagnósticos de saúde de L, constatou-se um comprometimento no *coping* dos pais perante estes problemas de saúde, ao exprimirem sentimentos de culpa pelos mesmos. A isto acresce o stress sentido por M, no seu dia-a-dia, em particular na gestão das tarefas concomitantemente com as necessidades demonstradas por L e na satisfação das suas próprias necessidades, tanto de descanso como de tempo para si.

Apesar dos compromissos identificados, a família mostrava-se satisfeita com o seu funcionamento e com os vínculos existentes entre todos os elementos. Além disso, através da aplicação das escalas de risco familiar, verificou-se que esta família não possuía risco de acordo com as mesmas, algo que poderia estar em causa dadas as sequelas a que as famílias com filhos com NSE poderão estar expostas.

Através da utilização dos instrumentos até aqui referidos, foi possível construir um plano de cuidados (Anexo IX) com e para a família, recorrendo ao MCIF como orientador desta consecução, redigindo-se intervenções que contemplavam as necessidades da família e que faziam uso das suas forças para colmatar estas carências, o que tornou mais realista a sua aplicabilidade e o seu sucesso. Além disto, o facto de ter sido elaborado em conjunto com a família mostrou-se benéfico para a construção da relação terapêutica entre a família e o enfermeiro, no caso a estudante do MECAESF, já que se procurava a opinião deste sistema, levando-o a estabelecer o que lhes faria sentido no momento e o que não seria viável.

Assim, foi possível constatar que a aplicação do MCAIF, do APGAR Familiar e das escalas de risco familiar de Segovia Dreyer e de García-González é não só útil como crucial na avaliação de famílias com crianças com NSE, em particular a adição sem substâncias, uma vez que, por um lado, este é um tema ainda pouco explorado pela lente da Enfermagem de Saúde Familiar, existindo até ao momento dados escassos sobre as implicações que traz para a família e as formas como o EEESF poderá intervir para promover o seu funcionamento adequado. Por outro, permite uma visão completa e íntegra daquilo que é a família sem descurar os riscos a que estará exposta por possuir um elemento com NSE, fornecendo assim uma base teórica fundamentada para estabelecer a abordagem adequada da mesma.

Importa realçar que, apesar de ter sido possível concretizar a avaliação familiar utilizando todos os instrumentos planeados na íntegra, acredita-se que esta avaliação teria beneficiado de mais contactos com a família, por forma a explorar mais a fundo a dinâmica familiar, particularmente dos subsistemas filial e parental, este último enquanto casal, no sentido de obter uma visão mais completa do funcionamento familiar, e para averiguar o sucesso das intervenções realizadas. Além disto, para uma visão verdadeiramente completa da família seria importante o contacto com todos os elementos da família, algo que não foi possível por dois estarem ausentes do país, sendo que as suas vivências e opiniões ficam toldadas pelo que os restantes elementos transmitem. Estes dois aspetos condicionam, portanto, a avaliação e intervenção familiares, limitando o curso de ação. Por outro lado, permitiram direcionar o foco para áreas que requeriam atenção preponderante na dinâmica da família.

5.2.4. Conclusão

Os instrumentos aplicados no presente estudo mostraram-se eficazes na obtenção dos objetivos traçados, em particular na abordagem de famílias com filhos com NSE, permitindo avaliá-las na íntegra, tendo em consideração o risco aumentado que estas apresentam de desenvolver complicações tanto ao nível da dinâmica familiar como individualmente nos elementos que a compõem.

Estes instrumentos, estando já integrados no sistema informático dos Cuidados de Saúde Primários, serão ferramentas de mais fácil utilização para os profissionais de saúde, possibilitando assim um registo completo do processo familiar e todas as componentes que o integram, o que permite a planificação de intervenções mais personalizadas e, portanto, com maior probabilidade de sucesso nos resultados obtidos.

Relativamente ao estudo presentemente trabalhado, centrado no estudo de caso da família com criança com adição sem substâncias, este permitiu corroborar a evidência científica que aponta para os riscos acrescidos para a família, constatando-se sobrecarga e stress associados à presença de NSE num elemento da mesma, o que mais enaltece a importância da atuação do EEESF perante casos como este, enquanto figura com as competências técnicas e científicas para a adequada abordagem familiar.

A realização do presente estudo permitiu, assim, sublinhar a pertinência do investimento em investigação no âmbito do impacto das NSE e, em particular, da adição sem substâncias, a nível familiar, por forma a complementar o conhecimento disponível sobre esta temática e, consequentemente, fornecer uma base fundamentada para a atuação dirigida baseada na evidência e a obtenção de ganhos em saúde.

Reconhecem-se como limitações ao estudo o número reduzido de contactos realizados com a família e a impossibilidade de contactar com todos os elementos da família. Além disso, tal como abordado no capítulo da fundamentação teórica, em particular no que refere ao MCAIF, a sua correta utilização depende da experiência do profissional que o utiliza e da sua capacidade de reconhecer as suas limitações. Como tal, reconhece-se que a experiência da estudante que concretizou o presente estudo, enquanto EEESF, poderá ser uma condicionante nesta componente do estudo, estando em processo de conclusão do MECAESF, constituindo igualmente uma oportunidade de autoavaliação e consequente progresso na atividade desenvolvida.

6. Conclusão

As famílias são um pilar fundamental das sociedades, fornecendo os alicerces para o desenvolvimento dos seus elementos, que por sua vez irão influenciar as comunidades e tomar parte no futuro das mesmas. Como tal, requerem ambientes com meios que proporcionem o seu bom funcionamento e, acima de tudo, o seu bem-estar. Este ambiente e as relações que a família tem com os sistemas externos que integram o mesmo meio influenciam o seu funcionamento, inserindo-se neste contexto os cuidados de saúde.

Desde cedo que as famílias recorrem aos cuidados de saúde, em particular os Cuidados de Saúde Primários. Numa fase inicial do seu ciclo vital, será pelo desejo de trazer um novo elemento, acendo por tal às consultas de Planeamento Familiar. Mais tarde, já na iminência da presença do novo elemento na família, pela gravidez e consequente acesso às consultas de Saúde Materna. Posteriormente, após nascimento do novo elemento, que acede às consultas de Saúde Infantil e, mais tarde, Juvenil. À medida que o ciclo vital avança, mudam as necessidades, passando à Saúde do Adulto e à Saúde do Idoso e, possivelmente, aos contactos motivados pela presença de comorbilidades, cuja prevalência é cada vez maior dado o aumento da esperança média de vida. Assim, ainda que em graus diferentes, todas as famílias terão sempre necessidade de frequentar os Cuidados de Saúde Primários ao longo do seu ciclo vital. Como tal, estes serviços são o meio privilegiado para a abordagem familiar. É neste contexto que o EEESF desenvolve a sua atividade, enquanto especialista que visa concretamente a família como seu cliente e nela atua, tornando-se assim uma figura de referência na área da Saúde para as famílias de quem cuida.

Como tal, é de marcada importância procurar os conhecimentos e competências adequados para a abordagem familiar, algo que é reconhecido ao EEESF. A concretização do MECAESF e consequente realização dos ensinamentos clínicos que lhe são inerentes possibilitou a oportunidade de pôr em prática estes conhecimentos e competências, o que permitiu fundamentar a prática do enfermeiro enquanto EEESF, realçando os aspetos que o diferenciam do enfermeiro de cuidados gerais e assim proporcionando a mudança do paradigma unitário para o familiar.

Ser EEESF implica não só a identificação dos conhecimentos e competências associados ao título como a sua aplicação na atividade diária, algo que se tornou possível não só com a realização dos ensinamentos clínicos como com a concretização da prática especializada baseada na evidência, atendendo ao compromisso do EEESF na contribuição ativa para o desenvolvimento de conhecimento científico. Como tal, implica que este profissional seja capaz de reconhecer o contexto em que desenvolve a sua prática e as influências externas do meio que este recebe e identificar necessidades perante estas condicionantes.

Com isto em consideração, atendendo ao progresso digital a que se assiste atualmente e ao impacto que isto tem para as gerações mais jovens, cada vez mais expostas a ecrãs, redes sociais e meios informáticos, e, consequentemente, para as respetivas famílias, estando descritas múltiplas sequelas motivadas por esta modernização digital, identificou-se a necessidade de abordar esta questão pela perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar. Concretizaram-se, portanto, dois projetos de investigação focados nas crianças com NSE, em particular com adição de substâncias, e suas famílias. A concretização destes estudos permitiu consolidar a necessidade da atuação do EEESF perante as crianças com NSE e as suas famílias, sendo esta temática ainda escassamente abordada na área da Saúde Familiar, e reforçar a importância de implementar políticas que respondam às suas necessidades nas instituições de saúde. Com a execução dos estudos, em particular do primeiro, foi possível detetar uma tendência positiva na presença de NSE entre a população pediátrica, em particular nas crianças do sexo masculino, sendo que a maioria das crianças com NSE apresentava necessidades relacionadas com patologias que requeriam mais do que uma tipologia de cuidados

na sua manutenção. Com a concretização do segundo estudo, pôde-se averiguar o impacto que a adição sem substância representava para uma família com filho que padecia desta condição, apresentando algumas das sequelas já descritas em famílias com crianças com NSE, nomeadamente o stress, o cansaço e a sobrecarga.

Assim, a realização destes estudos fez enaltecer a necessidade de mais investigar a questão das NSE e da adição sem substâncias na população pediátrica e o seu impacto a nível familiar, que terá particular interesse para os profissionais que trabalham com famílias, nomeadamente os médicos de família e os enfermeiros de família, destacando-se aqui novamente o EEESF como elemento de referência na abordagem familiar, possuindo as competências necessárias para conduzir projetos que padronizem os cuidados adequados às famílias com filhos com NSE e com adição sem substâncias.

Os instrumentos utilizados para a concretização do estudo revelaram-se eficazes no alcance dos objetivos traçados, beneficiando do facto de estarem já contemplados no sistema informático utilizado nos Cuidados de Saúde Primários, à exceção do CSHCN *Screeener*, sendo que este se encontra já validado para a população portuguesa, constituindo assim uma ferramenta de prática utilização para os profissionais de saúde que procurem obter conhecimento mais aprofundado sobre as características da coletividade a quem prestam cuidados, em particular da população pediátrica e das respetivas famílias.

Reconhecem-se algumas limitações aos estudos, nomeadamente a dimensão da amostra, no caso do primeiro, que impede a formulação de conclusões transponíveis à totalidade da população pediátrica, o que mais realça a importância de investir em mais estudos nesta área. No que refere ao segundo estudo, destaca-se o número limitado de contactos realizados com a família e a impossibilidade de contactar com todos os seus elementos.

A concretização do percurso académico aqui retratado revelou-se desafiante, não só pelas exigências do próprio curso de mestrado como na sua conciliação com a vida profissional e pessoal. No entanto, foi este desafio que promoveu a evolução, não só enquanto profissional como enquanto pessoa, tendo tido a oportunidade de contactar com vários profissionais diferentes e partilhar conhecimentos, tendo trabalhado assim noções de autopercepção, o que promoveu o sentido de autocritica e consequente progresso na atividade. Como tal, ainda que desafiante, este percurso foi realmente gratificante, tendo causado mudanças significativas nas minhas perspetivas e modo de atuação, agora mais fundamentadas.

Através deste percurso, foi-me também possível constatar a importância que os enfermeiros, em particular os EEESF, têm na vida das famílias com quem contactam diariamente, tornando-se figuras de referência e causando mudanças efetivas que promovem o seu bem-estar. Isto enalteceu a relevância de implementar políticas que incentivem os profissionais de enfermagem a obter mais formação e mais reconhecimento, já que isto trará benefícios não só para os próprios profissionais como para os seus utentes, os seus colegas e as instituições em que desenvolvem a sua atividade, obtendo-se assim mais ganhos em saúde. A prática da enfermagem centrada nas famílias é, portanto, essencial para a promoção da saúde e bem-estar das comunidades e, como tal, merece mais investimento por parte das instituições de saúde e dirigentes, no sentido de consolidar o papel do EEESF como elemento preponderante das equipas de saúde, capaz de transformar défices em forças e potenciais em resultados.

7. Referências Bibliográficas

- Agência Lusa (2025, Dezembro 10). *Já está em vigor: Austrália veda redes sociais a menores de 16 anos. Mas há pais que ajudam a contornar a proibição*. Expresso. <https://expresso.pt/sociedade/tecnologia/2025-12-10-ja-esta-em-vigor-australia-veda-redes-sociais-a-menores-de-16-anos-mas-ha-pais-que-ajudam-a-contornar-a-proibicao-51f48d14>
- Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (2025). *Relatório de Migrações e Asilo 2024*. <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/fec4d6a712-1760603125/relatorio-migracoes-e-asilo-2024.pdf>
- Almeida, F.L.T. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem* [Tese de Licenciatura, Faculdade de Ciência da Saúde de Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/entities/publication/b6c06e25-2221-4d1a-89b8-4b0972f843a4>
- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*, III(6), 59-62. <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>
- Bispo, R.M., Santiago, L.M., Rosendo, I., & Simões, J.A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(2), 149-156. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13091>
- Burroughs, J., & de la Cruz, D. (2013, Abril 11-13). *Understanding Nursing through a Theoretical Model: Complexity, Synergy, and General Systems* [Anais de Conferência]. The National Conference On Undergraduate Research, Universidade de Wisconsin, La Crosse, Wisconsin, Estados Unidos da América. <https://www.semanticscholar.org/paper/Understanding-Nursing-through-a-Theoretical-Model%3A-Burroughs/163fb13c3b3058f67bdf6ba41d0f4223e92fa8e7>
- Castelo Branco, A.E.G.S. (2013). *A relação entre os diferentes tipos de famílias e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/79771>
- Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2002). *Approaches to Identifying Children and Adults with Special Health Care Needs: A Resource Manual for State Medicaid Agencies and Managed Care Organizations*. Centers for Medicare and Medicaid Services; Washington, DC: 2002.
- Cotrim, H., & Figueiredo, M.H. (2023). Famílias reconstruídas. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 107-111). Lidel.
- Davey, M.P., Davey, A., Tubbs, C., Savla, J., & Anderson, S. (2012). Second order change and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 72-90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00499.x>
- Decreto de Aprovação da Constituição. (1976). Diário da República, Série I, n.º 86/1976, de 1976-04-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- Decreto-Lei n.º 496/77: Ministério da Justiça. (1977). Diário da República, Série I, n.º 273/1977, de 1977-11-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/496-1977-300030>
- Decreto-Lei n.º 161/96: Ministério da Saúde. (1996). Diário da República, Série I-A, n.º. 205/1996, de 1996-09-04. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014: Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, Série I, n.º 149/2014, de 2014-08-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei n.º 52/2022: Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República, Série I, n.º 150/2022, de 2022-08-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 103/2023: Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República, Série I, n.º 215/2023, de 2023-11-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei nº 81/2024: Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Diário da República, Série I, n.º 212/2024, de 2024-10-31. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2024-894487441>

Decreto-Lei n.º 95/2025: Ministério da Educação, Ciência e Inovação. (2025). Diário da República, Série I, n.º 156/2025, de 2025-08-14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/95-2025-928937305>

Dias, M.O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, (19), 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>

Direção-Geral da Comunicação do Parlamento Europeu (2025, novembro 26). *Parlamento Europeu defende idade mínima de 16 anos para aceder às redes sociais*. Parlamento Europeu. <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/press-room/20251120IPR31496/parlamento-europeu-defende-idade-minima-de-16-anos-para-aceder-as-redes-sociais>

Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.new.jbd.pt/wp-content/uploads/2025/11/1-Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93-Versao-Integral.pdf>

Entidade do Tesouro e das Finanças. (2024, Junho 30). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.* <https://www.etf.gov.pt/uls-da-regiao-de-leiria>

Eurostat (2023, Maio). *Health statistics – children*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_-_children

Figueiredo (2023). Introdução. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. XIX-XXI). Lidel.

Figueiredo, M.H. (2023). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 68-76). Lidel.

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

Figueiredo, M.H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Escala de Graffar. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 353-356). Lidel.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Glennister, D. (2011, Setembro 23). *Towards a general systems theory of nursing* [Paper]. 55th Annual Meeting of ISSS, Hull, Reino Unido. <https://journals.iss.org/index.php/proceedings55th/article/view/1717>

Gottlieb, L.N. (2013). *Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family*. Springer Publishing Company.

Gottlieb, L. (2014). Strengths-Based Nursing: A holistic approach to care, grounded in eight core values. *American Journal of Nursing*, 114(8), 24-32. https://www.researchgate.net/publication/295594584_Strengths-Based_Nursing_A_holistic_approach_to_care_grounded_in_eight_core_values

Governo da República Portuguesa (2023, Agosto 30). *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*. PORTUGAL.GOV.PT. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>

Hammond, D. (2003). Ludwig von Bertalanffy (1901-1972): General Systems Theory. In D. Hammond (Ed.), *The Science of Synthesis: Exploring the Social Implications of General Systems Theory* (1ª ed., pp. 103-141). University Press of Colorado. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=LcW9AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA103&dq=general+systems+theory&ots=YQDdc0zP5q&sig=Rq3QROEm-NkJhc5aihbnzhCpdU&redir_esc=y#v=onepage&q=general%20systems%20theory&f=false

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Base de Dados – Lista Indicadores*. Portal INE. Recuperado em 24 de janeiro, 2026, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados

Kerr, M.E., & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation*. W.W. Norton & Company. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=EOGQAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=family+evaluation+why&ots=ZzjKCoWuPM&sig=GpCEJ BHmVjJrles wCwdCHE5JH0&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20evaluation%20why&f=false

Lei nº 56/79: *Assembleia da República*. (1979). Diário da República, Série I, n.º 214/1979, de 1979-09-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

Leininger, M. (2007). Theoretical Questions and Concerns: Response From the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9-15. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318406296784>

Lacerda, I.C.F.B. (2023). *Perda Gestacional: Estratégias do Enfermeiro Obstetra no cuidar do casal baseado nas forças* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/11473442-9269-44fc-9551-9c2e5ed55b03/download>

Lopes, F.M.T. (2021). *Cuidar de Quem Cuida – Promoção da Saúde na Família da Pessoa com Doença Mental* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/1a21d9b0-84ab-479d-a984-6da3ba4dbf6e>

MacFarland, M.R., & Wehbe-Alamah, H.B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 1-18. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Maciel, O.B., Bernardino, E., & Encarnação, P. (2021). *O cuidar de enfermagem baseado nas forças numa maternidade de risco habitual* [Resumo em ata de conferência]. VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa, Coimbra. <https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/9fe9c486-5f5f-473d-8193-043b9fd7ee61>

Martins, M.M.N.M.A.M. (2009). *A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família com Dor Crónica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/cd9222d9-892a-4faf-a91e-b1198ace8ed6>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2023). *Tomada de Posição nº 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

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

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%C2%BA%20Concurso%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade%202015/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº 53/2021*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

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

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

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000*. II Conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348026/WHO-EURO-2000-3980-43739-61533-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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

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

Organização Mundial de Saúde. (2025). *Refugee and migrant health*.* Recuperado em 07 de janeiro, 2026, de. https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1

Pena, B.S.A.N., & Santos, M.A.F. (2024). Um Cuidar Baseado nas Forças: Plano Pós-parto para uma Vivência Positiva do Quarto Trimestre. *Pensar Enfermagem*, 28(1), 67-79. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.307>

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

Pombal, F., Sousa, L. R. T., Pereira, A. M. N. A., Ferreira, M. A. L., Vieira, E. L. C., & Festas, C. (2024). Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa do Children with Special Health Care Needs Screener. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI24.49.35400%20>

Portaria n.º 1368/2007: Ministério da Saúde. (2007). Diário da República, Série I, n.º 201/2007, de 2007-10-18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-%202007-629123>

Portaria n.º 411-A/2023: Ministério das Finanças e Ministério da Saúde. (2023). Diário da República, Série I, n.º 234/2023, de 2023-12-05 (pp. 2-11). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>

Regulamento n.º 126/2011: Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República, Série II, n.º 35/2011, de 2011-02-18 (pp. 8660-8661). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeFamiliar.pdf

Regulamento n.º 190/2015: Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, Série II, n.º 79/2015, de 2015-04-23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 367/2015: Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, Série II; n.º 124/2015, de 2015-06-29. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Regulamento n.º 428/2018: Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, Série II, n.º 135/2018, de 2018-07-16 (pp. 19354 – 19359). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 140/2019: Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, Série II, n.º 26/2019, de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 743/2019: Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, Série II, n.º 184/2019, de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rosa, A.M.T.M. (2018). *Intervenções de Enfermagem Baseadas na Promoção das Forças Pessoais de Crianças com Perturbação do Comportamento* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28395?locale=en>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023, Setembro 15). *História do SNS*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025a). *SAC D. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025b). *USF L. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025c). *Índice de Desempenho de Equipa – Unidades Funcionais*. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado a 15 de fevereiro, 2026, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>

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

Silva, M.M., Kraus, T., & Figueiredo, M.H. (2023). Ciclo vital da família. In M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 155-158). Lidel.

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

UNICEF (2025). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

Unidade Local de Saúde Região de Leiria. (2026). *Cuidados de Saúde Primários*.* Recuperado em 6 de janeiro, 2026, de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/cuidados-saude-primarios/>

USF L. (2023). *Regulamento Interno USF L 2023-2025*. [formato PDF]

USF L. (2024). *Procedimento MALA DE EMERGÊNCIA e Aplicação DAE*. [formato PDF]

USF L. (2025). *Programa de Gestão de Incidentes Críticos Relacionados com a Segurança dos Utentes*. [formato PDF]

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

Apêndice I – Documento de Divulgação do Estudo

Estudo “**Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais**”

Este estudo pretende descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças identificadas com Necessidades de Saúde Especiais. Com esses dados poderemos gerar recomendações adaptadas a cada contexto local, promovendo a articulação entre profissionais de saúde, famílias e estruturas comunitárias.

O estudo é desenvolvido por docentes do Politécnico de Leiria (Escola Superior de Saúde), enfermeiros de família e estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar do IPLeiria, e a decorrer nesta unidade e aprovado pela sua coordenação e pelo Centro de Investigação da ULS Região de Leiria, convidamos os **utentes com filhos com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos** a preencher um breve questionário (cerca de 3 minutos), que poderão encontrar no código QR apresentado:



A sua colaboração é essencial para o sucesso deste projeto. Agradecemos o seu contributo e tempo dispensado. Para o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto, por favor consulte um enfermeiro de família da USF.

Os estudantes de Mestrado: [Redacted] Carolina

Almeida

Obrigado!

Apêndice II – Carta de Autorização à USF L

Exmo. Senhor
Diretor(a) de USF [REDACTED]
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.
Rua das Olhalvas, Pousos
2410-197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do projeto de investigação referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do projeto	Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 2411-901 Leiria – Portugal 964649742
Instituição de origem	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Estado do pedido de autorização à CNPD	Não aplicável
Tipo de estudo	Quantitativo e descritivo
Serviços da ULSRL que participam	USF [REDACTED]
Entidades externas à ULSRL que participam	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Objetivos	Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; Caraterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar;

Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais.

Metodologia

Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer*; Aplicação transversal do CSHCN *Screening*® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) *Screening*® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade das USF. Na admissão, após inscrição na consulta de vigilância de saúde infanto-juvenil, as assistentes técnicas das respetivas unidades deverão sugerir a realização do CSHCN *Screening*® – PT em formato QR Code, aos pais/tutores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade. A Assistente Técnica irá sugerir o acesso ao QR Code, sendo que todos os esclarecimentos decorrentes da utilização desse QR Code, bem como a apresentação e obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, serão realizados por um profissional de saúde na fase inicial da consulta. Em contexto de consulta irá ser aplicado o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de risco familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer* no SClínico pelos alunos em estágio às famílias selecionadas por amostragem de conveniência.

População ou amostra

Cerca de 20 famílias/ ano

Duração prevista do projeto

4 anos

O Investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de projeto de investigação na ULSRL E.P.E.

Leiria, 28 de outubro de 2025,

Com os melhores cumprimentos,

Eva Menino

Eva Menino

Notas:

1. O proponente pode copiar este texto para o seu modelo de carta.
2. O proponente poderá usar o seu modelo de carta de pedido de autorização, desde que a informação nele contida seja equivalente à que aqui é solicitada.
3. Se alguma da informação não for aplicável, o proponente poderá apagar a linha correspondente ou, em alternativa, incluir a informação "NA - Não Aplicável".

**Apêndice III – Carta de Autorização ao Presidente do Conselho de
Administração da ULS-RL**

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

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do projeto de investigação referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do projeto	Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 2411-901 Leiria – Portugal 964649742
Instituição de origem	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Estado do pedido de autorização à CNPD	Não aplicável
Tipo de estudo	Quantitativo e descritivo
Serviços da ULSRL que participam	USF [REDACTED]
Entidades externas à ULSRL que participam	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Objetivos	Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; Caraterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar;

Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais.

Metodologia

Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer*; Aplicação transversal do CSHCN *Screener*® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) *Screener*® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade das USF. Na admissão, após inscrição na consulta de vigilância de saúde infanto-juvenil, as assistentes técnicas das respetivas unidades deverão sugerir a realização do CSHCN *Screener*® – PT em formato QR Code, aos pais/tutores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade. A Assistente Técnica irá sugerir o acesso ao QR Code, sendo que todos os esclarecimentos decorrentes da utilização desse QR Code, bem como a apresentação e obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, serão realizados por um profissional de saúde na fase inicial da consulta. Em contexto de consulta irá ser aplicado o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de risco familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer* no SClínico pelos alunos em estágio às famílias selecionadas por amostragem de conveniência.

População ou amostra

Cerca de 20 famílias/ ano

Duração prevista do projeto

4 anos

O Investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de projeto de investigação na ULSRL E.P.E.

Leiria, 28 de outubro de 2025,

Com os melhores cumprimentos,

Eva Menino

Eva Menino

Notas:

1. O proponente pode copiar este texto para o seu modelo de carta.
2. O proponente poderá usar o seu modelo de carta de pedido de autorização, desde que a informação nele contida seja equivalente à que aqui é solicitada.
3. Se alguma da informação não for aplicável, o proponente poderá apagar a linha correspondente ou, em alternativa, incluir a informação "NA - Não Aplicável".

**Apêndice IV – Carta de Autorização ao Presidente da Comissão de Ética
para a Saúde da ULS-RL**

Exmo. Senhor
A/C Exmo. Sr. Enf. Paulo Lopes
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.
Rua das Olhalvas, Pousos
2410-197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do projeto de investigação referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do projeto	Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 2411-901 Leiria – Portugal 964649742
Instituição de origem	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Estado do pedido de autorização à CNPD	Não aplicável
Tipo de estudo	Quantitativo e descritivo
Serviços da ULSRL que participam	USF [REDACTED]
Entidades externas à ULSRL que participam	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Objetivos	Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; Caraterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar;

Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais.

Metodologia

Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer*; Aplicação transversal do CSHCN *Screening*® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) *Screening*® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade das USF. Na admissão, após inscrição na consulta de vigilância de saúde infanto-juvenil, as assistentes técnicas das respetivas unidades deverão sugerir a realização do CSHCN *Screening*® – PT em formato *QR Code*, aos pais/tutores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade. A Assistente Técnica irá sugerir o acesso ao *QR Code*, sendo que todos os esclarecimentos decorrentes da utilização desse *QR Code*, bem como a apresentação e obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, serão realizados por um profissional de saúde na fase inicial da consulta. Em contexto de consulta irá ser aplicado o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de risco familiar *García-González* e Escala de Risco Familiar de *Segovia-Dreyer* no SClínico pelos alunos em estágio às famílias selecionadas por amostragem de conveniência.

População ou amostra

Cerca de 20 famílias/ ano

Duração prevista do projeto

4 anos

O Investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização de projeto de investigação na ULSRL E.P.E.

Leiria, 28 de outubro de 2025,

Com os melhores cumprimentos,

Eva Menino

Eva Menino

Notas:

1. O proponente pode copiar este texto para o seu modelo de carta.
2. O proponente poderá usar o seu modelo de carta de pedido de autorização, desde que a informação nele contida seja equivalente à que aqui é solicitada.
3. Se alguma da informação não for aplicável, o proponente poderá apagar a linha correspondente ou, em alternativa, incluir a informação "NA - Não Aplicável".

Apêndice V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Do consentimento informado deve constar:

1. Identificação do Projeto/Estudo Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais
2. Justificação do Estudo Atendendo aos riscos a que as crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE) e os seus cuidadores estão sujeitos, e tendo em conta que a família é vista como um sistema, em que todos os seus elementos interagem e se influenciam entre si, advindo isto das suas características de circularidade e reciprocidade, revela-se crucial identificar precocemente famílias com crianças com NSE e proceder ao seu acompanhamento, por forma a prevenir o desenvolvimento de complicações que possam afetar o funcionamento familiar.
3. Informação sobre os objetivos Objetivos Gerais: - Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; - Caracterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar; - Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais. Objetivos Específicos - Comparar os resultados entre as diferentes USF participantes, identificando possíveis diferenças na prevalência de NSE, no acesso aos cuidados e na funcionalidade familiar. - Descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças identificadas com NSE, incluindo tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso medicação, uso de serviços de saúde e terapias, alterações na funcionalidade. - Aplicar instrumentos padronizados de avaliação familiar (como o APGAR Familiar, Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, Escala de Risco Familiar de García González) nas famílias das crianças com NSE. - Analisar as dimensões avaliadas pelas escalas utilizadas, identificando fatores de risco e proteção no contexto familiar: Apoio emocional e afetivo; Adaptação e resolução de problemas; Participação e coesão familiar e Comunicação e funcionamento interno - Enquadrar a avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary, descrevendo aspetos de estrutura (composição familiar, genograma), desenvolvimento (fases e papéis familiares) e funcionalidade (interações, suporte e estratégias frente à doença crónica). - Gerar recomendações adaptadas a cada contexto local, promovendo a articulação entre profissionais de saúde, famílias e estruturas comunitárias.
4. Informação sobre os métodos/procedimentos utilizados Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar García-González e Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer; Aplicação transversal do CSHCN Screener® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) Screener® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 18 anos de idade das USF.
5. Informação sobre a duração previsível do estudo 4 anos
6. Informação sobre riscos/benefícios/desconforto do estudo O principal benefício do estudo é a contribuição para o conhecimento científico e consequentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O estudo não apresenta riscos, nem desconfortos.
7. Explicitação que a participação é voluntária A sua participação neste estudo é totalmente voluntária . Isso significa que não é obrigado(a) a participar e que a decisão de participar deve ser tomada de forma livre e informada.
8. Explicitação que pode desistir em qualquer altura, sem consequências A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária . Isto significa que tem o direito de desistir a qualquer momento , sem precisar de justificar a sua decisão. Se decidir não participar, ou se começar o estudo e depois quiser sair, não será penalizado de forma alguma , nem sofrerá qualquer prejuízo. A sua decisão não afetará o seu acesso a cuidados, serviços ou qualquer outro direito que lhe seja garantido. Se tiver dúvidas ou se em algum momento se sentir desconfortável, poderá comunicar com a equipa de investigação para esclarecer tudo antes de tomar uma decisão. Se quiser desistir do estudo deverá comunicar à investigadora, nomeadamente por escrito.
9. Garantia da confidencialidade dos dados ou do anonimato Garantimos que todas as informações recolhidas durante este estudo serão tratadas com total confidencialidade . Os seus dados serão utilizados apenas para fins de investigação e não serão partilhados com terceiros fora da equipa responsável pelo estudo, exceto se exigido por lei. Os dados serão tratados de forma anónima — isto significa que não será possível identificar os participantes individualmente nos resultados finais.
10. Base legal para o tratamento dos dados

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

O tratamento dos seus dados pessoais neste estudo será feito de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) – Regulamento (UE) 2016/679, e demais legislação nacional aplicável. A base legal para o tratamento dos dados é o seu consentimento informado, livre, específico e explícito, dado no momento em que aceita participar no estudo.
11. Finalidades do tratamento de dados Os dados não serão utilizados para fins comerciais, promocionais ou publicitários, nem serão partilhados com terceiros fora da equipa de investigação, exceto se exigido por lei ou autorizado pelo participante. Apenas serão recolhidos os dados estritamente necessários para alcançar os objetivos científicos do estudo, respeitando sempre os princípios da legalidade, transparência e minimização dos dados, conforme estabelecido pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).
12. Prazo de conservação dos dados Os dados recolhidos deverão ser conservados durante o período de 5 anos. Após o prazo estabelecido, os dados identificáveis serão eliminados de forma segura ou convertidos em dados anonimizados, sempre com respeito pela sua privacidade.
13. Designação e contato do “encarregado de proteção de dados” – pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais de correntes do RGPD Docente do Instituto Politécnico de Leiria – Professora Eva Menino (eva.menino@ipleiria.pt)

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

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

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Assinado por: EVA PATRÍCIA DA SILVA GUILHERME MENINO Num. de Identificação: 11987398 Data: 2025.09.08 12:37:41+01'00'	Serviço/Departamento: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: eva.menino@ipleiria.pt	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

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

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

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

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

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

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

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

Nome _____

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

Assinatura _____ Data ____/____/____

Apêndice VI – Declaração de Confidencialidade

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Científico

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Investigação clínica, e não clínica, de natureza académica

Carolina Correia Almeida, do Curso Mestrado em Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria- Instituto Politécnico de Leiria, declara:

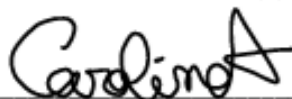
- a) Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e fatos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais, desenvolvido na ULSRL, E.P.E.;
- b) Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros;
- c) Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- d) Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- a) A ULSRL, E.P.E. é proprietário de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao aluno para utilização no estudo;
- b) O aluno terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- c) O aluno terá de entregar à ULS RL, E.P.E. um exemplar do trabalho final.

Leiria, 18 de Agosto de 2025

O Aluno(a)



(Carolina Correia Almeida)

Orientador do estudo (caso se aplique)

Assinado por: EVA PATRÍCIA DA SILVA

GUILHERME MENINO

Num. de identificação: 11987398

Data: 2025.09.08 12:36:41+01'00'

(nome completo)

Apêndice VII – Folha de Rosto do Estudo

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Científico

FOLHA DE ROSTO

Estudo, Ensaio ou Projeto de Investigação

Título do estudo, ensaio ou projeto:

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

Promotor:

 Interno (o próprio) ☐ Externo x

entidade(s): _____

Tipo de estudo, ensaio ou projeto:

- ☐ Ensaio clínico ☐ Estudo com intervenção de dispositivo médico
☐ Estudo ou projeto com outro tipo de intervenção clínica
 x Estudos observacionais
☐ Estudo ou projeto não clínico
 x Trabalhos académicos de investigação (não conferidor de grau ☐
 ou conferidor de grau:
 Licenciatura ☐ Mestrado x Doutoramento ☐

A preencher pelo GATCI
Codificação CI:

 SEP ☐ SEC ☐
Estudo/Projeto N.º:

Data de entrada:

Data de validação:

Identificação do Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno

Nome: Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Morada: Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – Portugal

Telefone/Telemóvel: 964649742

 E-mail: eva.menino@ipleiria.pt

Entidade de origem do(s) investigador(es): Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria

Responsável local na instituição: Pedro Emanuel Alexandre Sousa. E-mail:

pedro.a.sousa@ipleiria.pt | enf-pedro@hotmail.com. (Em anexo envio email a validar – ANEXO I)

Especificações do Estudo ou Projeto de Investigação

Promotor e CRO do estudo/projeto (se aplicável): -----

Investigador(es) Coordenador(es) (se aplicável): Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino (Professor adjunto, Escola Superior de Saúde de Leiria do Politécnico de Leiria; UICISA:E; ciTechCare, eva.menino@ipleiria.pt)

Co-Investigador(es) (se aplicável):

[Redacted]

Nomes dos estudantes mestrado:

[Redacted]; Carolina Correia Almeida [Redacted]

Instituição académica parceira (se aplicável): Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

Data de início: Após aprovação

Data do fim (prevista): 4 anos após a data de aprovação

Área de investigação: Ciências da Saúde

Serviço(s) envolvido(s) da ULS RL: USF [Redacted]

Objetivos gerais:

- Identificar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar;
- Caracterizar a situação de saúde das crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar;
- Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que têm necessidades de saúde especiais.

Objetivo(s) específico de aplicação:

- Comparar os resultados entre as diferentes USF participantes, identificando possíveis diferenças na prevalência de NSE, no acesso aos cuidados e na funcionalidade familiar.
- Descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças identificadas com NSE, incluindo tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso medicação, uso de serviços de saúde e terapias, alterações na funcionalidade.
- Aplicar instrumentos padronizados de avaliação familiar (como o APGAR Familiar, Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, Escala de Risco Familiar de Garcia Gonzalez) nas famílias das crianças com NSE.
- Analisar as dimensões avaliadas pelas escalas utilizadas, identificando fatores de risco e proteção no contexto familiar: Apoio emocional e afetivo; Adaptação e resolução de problemas; Participação e coesão familiar e Comunicação e funcionamento interno.
- Enquadrar a avaliação familiar segundo o Modelo de Calgary, descrevendo aspetos de estrutura (composição familiar, genograma), desenvolvimento (fases e papéis familiares) e funcionalidade (interações, suporte e estratégias frente a doença crónica).
- Gerar recomendações adaptadas a cada contexto local, promovendo a articulação entre profissionais de saúde, famílias e estruturas comunitárias.

Metodologia: Estudos de caso exploratórios, com aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar Garcia-González e Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer; Aplicação transversal do CSHCN Screener® – PT (Crianças com Necessidades de Saúde especiais (CSHCN) Screener® – Portugal) às famílias com crianças entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade das USF. Na admissão, após inscrição na consulta de vigilância de saúde infanto-juvenil, as assistentes técnicas das respetivas unidades deverão sugerir a realização do CSHCN Screener® – PT em formato QR Code, aos pais/tutores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias de idade. A Assistente Técnica irá sugerir o acesso ao QR Code, sendo que todos os esclarecimentos decorrentes da utilização desse

QR Code, bem como a apresentação e obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, serão realizados por um profissional de saúde na fase inicial da consulta. Em contexto de consulta irá ser aplicado o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de risco familiar García-González e Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer no SClínico pelos alunos em estágio às famílias selecionadas por amostragem de conveniência.

População/n.º de doentes envolvidos: pais/tutores de crianças de idade dos 3 aos 17 anos e 364 dias de idade.

Fase 1.

Parte 1:

Serão alvo de colheita de dados todas as famílias que acorram as consultas de vigilância de saúde infanto-juvenil ou outra consulta e que tenham crianças dos 3 aos 17 anos e 364 dias de idade e aceitem participar.

Identificação e caracterização de crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)

A primeira fase do estudo tem como finalidade identificar crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) e caracterizar a sua situação de saúde, no contexto das Unidades de Saúde Familiar (USF). Trata-se de uma etapa quantitativa e descritiva que permitira estimar a prevalência observada e estabelecer o perfil das crianças com NSE, com base nos dados recolhidos em contexto real de consulta. Entregar um QR Code com a explicação do estudo (Breve) a entregar em consulta de saúde infantil.

Para esse efeito, será utilizado o CSHCN Screener © – PT, com uma primeira parte de caracterização de dados sociodemográficos e uma segunda parte com caracterização das condições de saúde, na versão validada para o português de Portugal. Este instrumento de rastreio, dirigido a família/pais/tutores, permite identificar crianças com necessidades acrescidas de cuidados de saúde em cinco domínios: uso de medicação contínua; necessidade de serviços terapêuticos ou educativos; frequência elevada de acompanhamento clínico; limitações funcionais; e necessidade de cuidados acima do esperado para a idade.

A aplicação do screener será realizada de forma sistemática a todos os cuidadores que acompanham crianças a consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil durante o período do estudo, numa amostragem por conveniência. Assim, os resultados obtidos permitirão calcular uma prevalência observada no grupo avaliado, reconhecendo-se que esta não representa necessariamente a totalidade da população pediátrica inscrita na unidade de saúde.

Apesar dessa limitação, esta abordagem é metodologicamente válida e altamente relevante para o planeamento dos cuidados, na medida em que viabiliza a identificação precoce de crianças com necessidades complexas, contribuindo para a resposta orientada das equipas de saúde familiar. Os dados recolhidos serão integrados nos sistemas de documentação e registo clínico existentes, nomeadamente no ficheiro de família, fortalecendo os indicadores de monitorização dos serviços de saúde comunitária.

Adicionalmente, serão recolhidos dados sociodemográficos e clínicos das crianças sinalizadas, permitindo uma caracterização descritiva da situação de saúde, incluindo diagnósticos, condições associadas e tipo de acompanhamento em curso. Esta informação constituirá a base para a segunda fase do estudo, em que será realizada uma análise compreensiva da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade de um subconjunto de famílias com crianças com NSE, com recurso ao Modelo Calgary de Avaliação Familiar.

Este desenho metodológico, sustentado em duas fases articuladas, permite conjugar uma abordagem de identificação sistemática e prática clínica real com uma leitura profunda e contextualizada da realidade familiar, respondendo de forma coerente ao objetivo global do estudo.

Fase 2.

Considerando a avaliação efetuada na fase 1, iremos desenvolver estudos de caso, focados em famílias específicas que possam permitir uma compreensão mais aprofundada sobre as necessidades existentes, com a possibilidade de desenvolver uma intervenção ajustada e construída em parceria com a família, na medida das suas expectativas e objetivos e no sentido de dar resposta as suas necessidades de saúde familiar. Estas famílias serão convidadas a participar no contexto das consultas desenvolvidas na USF.

Como referencial teórico-metodológico, será adotado o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família, uma estrutura multidimensional fundamentada nas teorias de sistemas, comunicação, cibernética e mudança,

que organiza a avaliação familiar em três grandes dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade (Wright & Leahey, 2012).

Sendo o objetivo central deste estudo (fase 2) avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da família com crianças que tem necessidades de saúde especiais (NSE), reconhecendo a complexidade dos contextos familiares e a interdependência entre os seus membros.

A opção metodológica recai sobre o estudo de caso de natureza qualitativa e descritiva, uma abordagem que permite compreender em profundidade fenómenos complexos em contexto real. No presente projeto, esta metodologia possibilita captar as dinâmicas familiares em torno do cuidado a criança com NSE, valorizando as narrativas dos membros da família e a sua adaptação aos desafios colocados em diferentes domínios da vida familiar.

Dimensão estrutural

Esta dimensão centra-se na organização interna da família, nos seus vínculos e limites, bem como nos contextos relacionais e socioculturais em que esta inserida. A análise incide sobre três componentes:

- Elementos internos: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e fronteiras relacionais;
- Elementos externos: família alargada e sistemas formais e informais de apoio;
- Contexto: etnia, classe social, religião, ambiente e outros determinantes sociais. Será aplicada a escala de Graffar (escala integrante do sistema de informação em uso SClinico).

Serão utilizados o hemograma e o eco mapa como ferramentas visuais para representar a estrutura e os sistemas de pertença da família. Para além disso, serão aplicadas as Escalas de Risco Familiar de Segovia-Dreyer e de Garcia Gonzalez (escalas integrantes do sistema de informação em uso SClinico), que permitem identificar fatores de risco biopsicossociais e reconhecer famílias em situação de maior vulnerabilidade no cuidado de crianças com NSE. Estes instrumentos integram o sistema de documentação e registo clínico das Unidades de Saúde Familiar (USF) da ULS da Região de Leiria, sendo utilizados na caracterização do Ficheiro de Família. Assim, o levantamento de dados previsto contribuirá para reforçar a qualidade da informação clínica disponível, apoiar a vigilância familiar orientada para avaliação do risco familiar e monitorização dos indicadores assistenciais no âmbito da saúde familiar e comunitária.

Dimensão de desenvolvimento

Esta dimensão permite compreender a família enquanto sistema em evolução, analisando as transições ao longo do ciclo de vida, as tarefas evolutivas associadas a cada fase e os ajustamentos requeridos pela presença de uma criança com NSE. A análise será orientada pela reconstrução da história familiar e pela identificação de eventos críticos (normativos e não normativos), com recurso a entrevistas semiestruturadas e a análise narrativa. Será baseada no ciclo vital de Duvall.

Dimensão funcional

A funcionalidade familiar é abordada sob duas vertentes:

- Funcionamento instrumental: distribuição de tarefas e gestão da vida quotidiana;
- Funcionamento expressivo: comunicação, resolução de problemas, apoio emocional, expressão de afetos e papéis familiares.

Será utilizada a Escala APGAR Familiar (escala integrante do sistema de informação em uso SClinico), que permite uma avaliação sintética da funcionalidade percebida pelos membros da família. Embora a sua leitura se relacione principalmente com a dimensão funcional, os resultados podem também ser interpretados em articulação com aspetos estruturais e contextuais.

Fase de Intervenção no Modelo de Calgary

No contexto deste projeto, a fase de intervenção assenta no referencial do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção da Família, articulando-se de modo sequencial a avaliação familiar anteriormente descrita. Esta abordagem não apenas é utilizada internacionalmente, como constitui atualmente prática habitual na especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal, sendo reconhecida pela sua aplicabilidade a diversidade de cenários da prática clínica.

Caracterização da Fase de Intervenção

A intervenção segundo o Modelo de Calgary visa apoiar as famílias no fortalecimento dos seus recursos internos e externos, promovendo adaptações eficazes face aos desafios impostos pela presença de necessidades de saúde especiais (NSE) em crianças. Esta intervenção é centrada na família e desenvolvida em colaboração com os seus membros, valorizando as suas perspetivas, preferências e dinâmicas próprias.

População/n.º de doentes envolvidos:

Cada estudante de mestrado ou de Licenciatura em Enfermagem com a supervisão de um enfermeiro terá o estudo de uma família ou mais, conforme as necessidades e oportunidades. Esperando-se o total de cerca de 20 famílias por ano.

Identificação dos Profissionais da ULS RL envolvidos

Recursos necessários (Incluir todos os profissionais da ULS RL envolvidos e detalhando, para cada um, o nome, o n.º mecanográfico e o serviço):

[Redacted]
[Redacted]
Carolina Correia Almeida [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Orçamento e Financiamento

Contrato financeiro em anexo: Não ☒ Sim ☐

Orçamento total: [Redacted] €; Orçamento por participante: [Redacted] €

Entidade(s) que suportam os custos: _____

Indicadores de Execução

Exemplar de Relatório/Trabalho Final x ☒ Outros ☐ Quais? _____

O Promotor, CRO, Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno

Nome	Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino <i>Eva Itenino</i>
Data	28 de outubro de 2025

Parecer do CI

Data: ____/____/____

(O coordenador do CI)

Parecer da CES

Parecer favorável de acordo com a ata n.º ____ de

Data: ____/____/____

(GATCI)

Apêndice VIII – Listagem de Documentos

LISTAGEM DE DOCUMENTOS E VALIDAÇÃO¹

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Científico

ESTUDOS E PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (E NÃO CLÍNICA) QUE CONFEREM GRAU ACADÉMICO

Identificação do Estudo ou Projeto de Investigação		
Título do Estudo ou Projeto de Investigação	Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais	
Índice do Dossier de Submissão		
Lista de Documentação	Verificação ⁶	
	Aluno ✓	GATCI - SEP ✓
1. Cartas a solicitar autorização institucional²		
Presidente do Conselho de Administração do CHL	✓	
Diretores de Serviços, Coordenadores e Chefias de enfermagem ³	✓	
2. Índice do dossier de submissão		
Impresso "Listagem de documentos e validação" ⁵	✓	
3. Pareceres e declarações		
Parecer do CI	✓	☐
Declaração de consentimento ⁴ dos Diretores de Serviços, Coordenadores e Chefias de enfermagem	✓	
4. Descrição do estudo ou projeto de investigação		
Impresso "Folha de rosto de estudo, ensaio ou projeto de investigação" ⁵	✓	
Descrição do estudo ou projeto de investigação	✓	
5. Dados e comprovativos do Aluno		
Curriculum vitae do Aluno	✓	
Declaração do orientador ou comprovativo de frequência de curso	✓	

[1] É da responsabilidades dos proponentes reunir os documentos necessários e entregá-los (ou remete-los por correio) no Expediente-geral do CHL.

[2] Templates disponibilizados pelo CHL.

[3] Conforme aplicável.

[4] Conforme aplicável para proponentes internos. Impresso disponibilizado pelo CHL.

[5] Impresso disponibilizado pelo CHL.

[6] O quadrado representa quem tem a responsabilidade pela documentação em cada ponto.

SE APLICÁVEL		
6. Anexos		
Autorização da CNPD	☐	
Declaração de confidencialidade ²	☒	
Declaração do co-orientador	☐	
Folha de informação e consentimento informado ²	☒	
Um exemplar do questionário/entrevista/escala	☒	
Termo de responsabilidade de utilização de equipamento	☐	
Contactos e abertura de fornecedor ²	☐	
7. Apólice de seguro		
Indicação do investigador principal e centro	☒	
Adequado para o número estimado de participantes		
8. Contrato financeiro ou plano de financiamento		
Em papel e formato eletrónico. A Instituição retém uma versão original do contrato financeiro, que posteriormente arquivará. Caso o promotor necessite de mais do que uma versão original, deve submeter o número de cópias necessárias.	☐	

O Aluno/Investigador Principal	
Nome	Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino
Data	16 de setembro de 2025
Comentários	

Assinado por: **EVA PATRÍCIA DA SILVA
GUILHERME MENINO**
Num. de Identificação: 11987398
Data: 2025.09.19 15:35:58+01'00'

Validação do dossier de submissão pelo GATCI - SEP				
N.º de código	Tipo de Promotor	Tipo de Estudo	Data	Numeração Sequencial
Data de início da validação				
Data de fim da validação				
Válido	☐	Inválido	☐	
Assinatura				
Comentários				

Apêndice IX – Aplicação do Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar

Atendendo à avaliação realizada perante o cenário familiar trabalhado, através do MCAF, foi possível identificar algumas áreas com necessidade de intervenção, tal como explanado no subcapítulo do Estudo 2. Neste seguimento, formulou-se um plano de ação orientado pelas diretrizes do MCIF, recorrendo a atividades concretas e dirigidas, nomeadamente: no domínio cognitivo, o elogio das forças da família e a disponibilização de informações; no domínio afetivo, a validação e normalização das respostas emocionais e o incentivo da narrativa de doença; no domínio comportamental, o planeamento de rituais e o incentivo do descanso.

Para melhor compreensão da atividade desenvolvida perante as áreas de atenção identificadas no cenário estudado, apresenta-se de seguida o plano de cuidados implementado e formulado em parceria com a família em questão.

Tabela 2 - Plano de Cuidados

Foco: Comunicação verbal Diagnóstico: Comunicação verbal comprometida Dados: L apresenta atraso na linguagem, verbalizando atualmente duas palavras. A família refere dificuldade em perceber as suas necessidades.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Promover a comunicação.	Cognitivo Comportamental	- Ensinar sobre estratégias complementares de comunicação; - Instruir e treinar estratégias de comunicação alternativas; - Identificar com a família fatores facilitadores e dificultadores da comunicação; - Desenvolver e planear com a família estratégias de comunicação alternativas a implementar.
Foco: Comportamento Diagnóstico: Comportamento comprometido Dados: L reage negativamente quando afastado da mãe, com agitação e, por vezes, choro, quando esta a deixa no infanteiro, por exemplo. M afirma que os diagnósticos e sintomas de L foram despoletados por uso excessivo de ecrãs desde cedo, criando dependência neste e tendo sido aconselhado pela pediatra a removê-los. M refere também que quando iniciaram este processo de remoção, L reagia com choro intenso, inquietude e irritabilidade. Atualmente, apresenta melhoria destas reações, apresentando ainda alguma irritabilidade e choro ocasionais. Refere ainda que a pediatra prescreveu Risperidona 1.6mg via oral, a administrar em SOS, quando L se encontra mais agitado. M diz que inicialmente recorria a esta medicação com frequência, porém que atualmente não identifica essa necessidade.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Promover a gestão eficaz do comportamento de L.	Afetivo Comportamental	- Identificar com a família fatores promotores de alterações comportamentais de L; - Identificar com a família estratégias promotoras da gestão de alteração comportamental de L; - Desenvolver e planear com a família estratégias promotoras da gestão de alteração comportamental de L; - Estimular o apoio familiar; - Referenciar para serviço de psicologia.
Foco: Sono Diagnóstico: Sono comprometido Dados: M refere dificuldade no sono, particularmente em adormecer, motivado pelo facto L dormir sempre consigo, por receio da própria que algo aconteça ao filho durante a noite e que necessite de atenção, nomeadamente a possibilidade de ele cair, por ser muito ativo durante o sono, tendo medo que se magoe.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Melhorar o sono.	Cognitivo Comportamental	- Informar sobre padrões de sono na infância; - Planear rituais de sono e descanso de M; - Identificar com a família estratégias promotoras da segurança L durante o sono;

		- Desenvolver e planear com a família estratégias promotoras da segurança L durante o sono; - Estimular o apoio familiar, nomeadamente da filha do casal, J; - Incentivar o descanso de M.
Foco: Stresse Diagnóstico: Stresse presente Dados: M afirma sentir-se cansada e sobrecarregada, uma vez que o marido está emigrado e que L é muito dependente de si, sendo que os seus dias se centram no filho mais novo. M refere não ter tempo para si própria, sentir-se “saturada de estar em casa” e com “falta de algo” na sua vida.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Reduzir os níveis de stresse experienciados.	Cognitivo Afetivo Comportamental	- Elogiar as forças da família; - Disponibilizar suporte emocional; - Validar as respostas emocionais; - Estimular o apoio familiar; - Planear rituais de descanso e de atividade em família; - Incentivar o descanso; - Referenciar para serviço de psicologia.
Foco: <i>Coping</i> familiar Diagnóstico: <i>Coping</i> familiar comprometido Dados: M e P referem sentir-se culpados pela situação do filho mais novo e angustiados.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Promover o <i>coping</i> familiar.	Cognitivo Afetivo	- Dar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>; - Desenvolver e planear com a família estratégias de <i>coping</i> a implementar; - Elogiar as forças da família; - Incentivar a narrativa da experiência da doença; - Disponibilizar suporte emocional; - Validar as respostas emocionais.
Foco: Ligação mãe/pai-filho Diagnóstico: Ligação mãe/filho comprometida Dados: M afirma que L é muito dependente de si, sendo que os seus dias se centram no filho mais novo e que este reage negativamente quando afastado da mãe, com agitação e, por vezes, choro, quando esta a deixa no infantário, por exemplo. M diz ainda que L dorme sempre consigo, por receio da própria que algo aconteça ao filho durante a noite e que necessite de atenção.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Promover a ligação mãe/filho, através da promoção da autonomia.	Afetivo Comportamental	- Validar as respostas emocionais; - Estimular o apoio familiar; - Desenvolver e planear com a família estratégias promotoras da autonomia; - Planear rituais promotores da autonomia.
Foco: Satisfação com cuidados de saúde Diagnóstico: Insatisfação com cuidados de saúde Dados: Os pais de L referem sentir falta de apoio dos serviços de saúde em Portugal e sensação de descarte da situação de L por estes.		
Objetivo	Domínios	Intervenções
Melhorar o nível de satisfação para com os cuidados de saúde em Portugal.	Afetivo Comportamental	- Identificar com a família e incentivar a expressão de crenças dificultadoras sobre os cuidados de saúde em Portugal; - Identificar com a família necessidades em saúde que a colmatar pelos serviços de saúde; - Validar as respostas emocionais;

		- Desenvolver com a família estratégias promotoras da satisfação com os cuidados de saúde.
--	--	--

**Anexo 1 – Parecer Favorável da Comissão de Ética e do Conselho de
Administração da ULS-RL**

I / 31/11/2025



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA

CIIDC

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 45, 2025, 11/12

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

CI - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento Científico

Ref.º 116/2025

Leiria, 10 de novembro de 2025

Assunto: Trabalho académico, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da [REDACTED] Enf.ª Carolina Correia Almeida [REDACTED] intitulado "Avaliação e Intervenção Familiar em Cuidados de Saúde Primários para Famílias de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais", submetido pela Prof. Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

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

O estudo decorrerá nas USF [REDACTED] tendo como objetivos gerais identificar e caracterizar crianças com necessidades de saúde especiais em unidades de saúde familiar, bem como avaliar a estrutura, o funcionamento e o desenvolvimento das suas famílias.

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

Com os melhores cumprimentos,

COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

(Enf. Daniel Carvalho)

Aprovado

O Conselho de Administração

Manuel Carvalho
Presidente

Filipa Esperança
Vogal Executiva

Neusa Magalhães
Vogal Executiva

Catarina Faria
Diretora Clínica - CSH

Denise Alexandra
Diretora Clínica - CSP

Paulo Lopes
Enfermeiro Diretor

Original CI 14/11/25