



utad

ipvc ess

Famílias de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: avaliação e intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

Ana Sofia Dias Esteves



Ana Sofia Dias Esteves

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Famílias de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: avaliação e intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Saúde Familiar

Relatório efetuado sob a orientação de:

Mestre Odete Maria Azevedo Alves

Janeiro de 2026

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu mais profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a concretização deste projeto, que representa um marco significativo no meu percurso pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, agradeço à minha tutora de estágio e à minha orientadora, pelo acompanhamento constante, pela disponibilidade, pela orientação rigorosa e pelo incentivo permanente ao longo de todo o processo.

Agradeço igualmente a toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar Vale do Vez, pela forma acolhedora com que me integraram e pela colaboração prestada na realização deste estudo.

Às famílias que gentilmente aceitaram participar, disponibilizando o seu tempo e partilhando as suas experiências, deixo o meu mais sincero agradecimento.

Sem o contributo de todos, este percurso não teria sido o mesmo e a concretização deste trabalho não teria sido possível.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas filhas, Madalena e Amália, a minha maior fonte de motivação para continuar a crescer, a evoluir e a procurar ser mais e melhor, por elas e para elas.

À Sara, uma grande colega, mãe e mulher, que me inspira diariamente e me encoraja a ir sempre mais além.

Ao Vítor, por estar sempre presente na minha vida, apesar de todos os obstáculos.

Por último, mas eternamente presente, ao meu querido pai, que sempre me ensinou a não desistir dos meus objetivos. Foi e será sempre um imenso orgulho ser tua filha.

RESUMO

A especialização em Enfermagem de Saúde Familiar implica o aprofundamento de competências específicas, conforme definido no regulamento da especialidade, integrando conhecimento teórico, evidência científica e prática clínica junto das famílias. Neste contexto, o estágio profissional constitui um elemento central do processo formativo, sendo o relatório final um instrumento de reflexão e sistematização das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é uma condição do neurodesenvolvimento que afeta significativamente a criança e o seu contexto familiar, interferindo na dinâmica, no funcionamento e nos processos de adaptação do sistema familiar. A complexidade associada à PHDA exige uma abordagem centrada na família, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) assume um papel central na avaliação e intervenção.

O presente estudo empírico teve como objetivo avaliar o funcionamento das famílias com crianças diagnosticadas com PHDA, segundo as dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), e analisar o impacto da intervenção do EEESF na dinâmica familiar, no processo de adaptação e na funcionalidade familiar.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, desenvolvido no âmbito de uma abordagem de investigação-ação, desenvolvido com famílias de crianças com diagnóstico de PHDA acompanhadas em contexto de cuidados de saúde primários. A avaliação familiar foi realizada com recurso ao MDAIF, permitindo analisar as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família, identificar necessidades e recursos e planear intervenções individualizadas. A intervenção do EEESF incidiu na promoção da comunicação intrafamiliar, reorganização de papéis e tarefas, fortalecimento das relações familiares e capacitação dos cuidadores, articulando-se, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços.

Os resultados evidenciaram que o impacto da PHDA varia consoante as características e recursos de cada família, sendo mais acentuado em contextos de maior fragilidade estrutural e funcional. As redes de apoio social, os rituais familiares e as estratégias de coping funcional emergiram como fatores protetores. Verificaram-se melhorias na

comunicação emocional, na gestão de conflitos e na funcionalidade familiar após a intervenção do EEESF.

Conclui-se que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, sustentada no MDAIF, contribui para ganhos em saúde familiar em contextos de PHDA, reforçando a importância de uma abordagem sistêmica, individualizada e multidisciplinar, centrada na família enquanto unidade de cuidados.

Descritores: Avaliação em Enfermagem; Enfermagem Familiar; Família; Relações Familiares; Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

ABSTRACT

Specialization in Family Health Nursing involves the development of specific competencies, as defined in the specialty regulations, integrating theoretical knowledge, scientific evidence, and clinical practice with families. In this context, the professional internship represents a central component of the training process, and the final report serves as a tool for reflection and systematization of the activities developed and the competencies acquired.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental condition that significantly affects the child and their family context, interfering with family dynamics, functioning, and adaptation processes. The complexity associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder requires a family-centered approach, in which the Family Health Nurse Specialist assumes a central role in assessment and intervention.

This empirical study aimed to assess the functioning of families with children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, according to the dimensions of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF), and to analyze the impact of the Family Health Nurse Specialist intervention on family dynamics, the adaptation process, and family functionality.

This is a multiple case study, conducted within an action-research approach, involving families of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and followed in the context of primary health care. Family assessment was carried out using the MDAIF, allowing analysis of the structural, developmental, and functional dimensions of the family, identification of needs and resources, and planning of individualized interventions. The Family Health Nurse Specialist intervention focused on promoting intrafamily communication, reorganizing roles and tasks, strengthening family relationships, and empowering caregivers, in coordination with other professionals and services whenever necessary.

The results showed that the impact of Attention Deficit Hyperactivity Disorder varies according to the characteristics and resources of each family, being more pronounced in contexts of greater structural and functional vulnerability. Social support networks, family rituals, and functional coping strategies emerged as protective factors. Improvements were

observed in emotional communication, conflict management, and family functionality following the Family Health Nurse Specialist intervention.

It is concluded that the intervention of the Family Health Nurse Specialist, supported by the MDAIF, contributes to gains in family health in contexts of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, reinforcing the importance of a systemic, individualized, and multidisciplinary approach, centered on the family as the unit of care.

Keywords: Nursing Assessment; Family Nursing; Family; Family Relations; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

SIGLAS

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
ACRÓNIMOS E SIGLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	3
1.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL	3
1.2. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA E SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO.....	3
1.3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE.....	3
1.4. ENQUADRAMENTO DA SAÚDE FAMILIAR NO CONTEXTO DA USF.....	4
1.5. ARTICULAÇÃO DO CONTEXTO COM A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	5
1.6. PERTINÊNCIA DO CONTEXTO PARA O ESTUDO DESENVOLVIDO.....	6
1.7. ARTICULAÇÃO ENTRE CONTEXTO, COMPETÊNCIAS E INVESTIGAÇÃO	7
2. ESTUDO EMPÍRICO	9
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2.1.1. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	10
2.1.2. A Saúde Familiar	12
2.1.3. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.....	15
2.1.4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	16
2.2. METODOLOGIA	20
2.2.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos.....	21
2.2.2. Tipo de Estudo.....	21
2.2.3. População e amostra/participantes	22
2.2.4. Instrumento de recolha de dados	23
2.2.5. Procedimento de recolha de dados e questões éticas.....	23
2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	24
2.3.1. Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo	24
2.3.2. Análise e discussão dos resultados.....	32
2.3.3. Conclusões do estudo	35

3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	39
CONCLUSÃO GERAL.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	53
ANEXO I – Pirâmide etária dos utentes USF Vale do Vez.....	54
Anexo II – Escala de Graffar Adaptada.....	56
Anexo III – Escala De Readaptação Social De Holmes E Rahe	58
Anexo IV – APGAR Familiar De Smilkstein.....	60
Anexo V– FACES II.....	62
Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética.....	66
APÊNDICES	70
APÊNDICE I – Requerimento dirigido ao presidente do conselho de administração da ULSAM.....	71
APÊNDICE II – Consentimento da Coordenadora da USF	73
APÊNDICE III – Protocolo do Estudo para aprovação da Comissão de Ética	75
APÊNDICE IV – Consentimento Informado para participação no estudo	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do estudo empírico.....	22
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização geral das famílias.....	24
Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados.....	26
Tabela 3 - Forças e fragilidades identificadas	28
Tabela 4 - Intervenções e resultados esperados/obtidos.....	30

INTRODUÇÃO GERAL

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com relatório final, integrante no plano de estudos do 2º ano do I Mestrado em Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, foi desenvolvido o presente relatório final. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale do Vez, integrada no Centro de Saúde (CS) de Arcos de Valdevez, pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), com duração de 2 de outubro de 2023 a 29 de março de 2024, sob orientação da Gestora Pedagógica Enfermeira Odete Alves e Enfermeira Tutora Fernanda Fernandes.

O estágio teve como objetivo primordial aprofundar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF), considerando a família como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e nas suas transições. A prática clínica desenvolvida centrou-se na capacitação das famílias, na promoção da sua autonomia e na mobilização de recursos formais e informais, através de uma abordagem sistémica, integrada e centrada na família como um todo.

Além da prestação de cuidados, realizei um estudo empírico no âmbito da intervenção do EEESF em famílias com crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), uma vez que é considerada uma das perturbações do neurodesenvolvimento e do comportamento mais frequentes em crianças e jovens em idade escolar, com uma prevalência mundial estimada de 5% a 7% (Thomas, R. et al., 2015). O diagnóstico de PHDA numa criança representa frequentemente um desafio significativo para a família, com impacto nas dinâmicas relacionais, na comunicação, nos papéis parentais e no funcionamento familiar global.

Apesar das transformações que a família convive perante o diagnóstico de PHDA, é no contexto familiar que se constroem aprendizagens relacionadas com comportamentos de saúde, sendo a família entendida como uma unidade emocional e afetiva que integra dimensões psicológicas, sociais e relacionais.

Enquanto sistema com capacidade de auto-organização, a família pode, contudo, apresentar dificuldades de reorganização perante situações de maior exigência ou vulnerabilidade, tornando-se fundamental a intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, enquanto facilitador de processos de adaptação, resiliência e promoção da saúde familiar.

De forma a tornar a leitura do presente relatório mais clara e estruturada, o documento está organizado em três partes. Numa primeira parte é apresentada a caracterização do contexto da prática clínica; numa segunda parte desenvolve-se o trabalho de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados e a respetiva análise e discussão; e, por fim, aborda-se o processo formativo e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESF, adquiridas ao longo do estágio.

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale do Vez, integrada no Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, pertencente ao ACeS da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM).

A USF Vale do Vez iniciou a sua atividade em 20 de outubro de 2008 e encontra-se em modelo A que, de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, corresponde a uma fase de aprendizagem e melhoramento do trabalho em equipa de saúde familiar, constituindo simultaneamente um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna.

1.2. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA E SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

O concelho de Arcos de Valdevez localiza-se no distrito de Viana do Castelo, sendo delimitado a norte pelos concelhos de Monção e Melgaço, a este por Espanha, a oeste pelos concelhos de Paredes de Coura e Ponte de Lima e a sul pelo concelho de Ponte da Barca. Este concelho é parte integrante do Parque Nacional da Peneda Gerês, correspondendo a uma área territorial de cerca de 447,6 km², sendo composto atualmente por um total de 36 freguesias.

Por ter uma área geográfica generosa existe uma grande dispersão quer demográfica, quer habitacional, o que se reflete em agregados familiares reduzidos e no isolamento de muitos indivíduos/famílias/comunidades.

Até ao final de 2022, existiam 7364 utentes inscritos na USF Vale do Vez (no apêndice 1 pode-se observar a pirâmide etária correspondente). Na pirâmide etária apresentada seguidamente, podemos observar o estreitamento da base, constatando que estamos perante uma população envelhecida com uma proporção reduzida de jovens. Tal constatação permite inferir uma tendência crescente para o envelhecimento populacional e uma diminuição significativa da taxa de natalidade.

1.3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

A USF Vale do Vez é constituída por uma equipa multiprofissional de cinco médicos de clínica geral, cinco enfermeiros de família e quatro secretários clínicos. Funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8h00 e as 20h00, tendo os utentes como alternativa fora

deste horário o atendimento complementar do Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, a linha de Saúde 24 ou os Serviços de Urgência de Ponte de Lima, Monção ou Viana do Castelo.

Esta USF apresenta várias dimensões contratualizadas, nomeadamente ao nível do acesso, da gestão da saúde, da gestão da doença, da qualificação da prescrição e da satisfação dos doentes. No âmbito da enfermagem, identificam-se áreas com necessidade de melhoria, particularmente na gestão de doença crónica, como a hipertensão arterial, a diabetes *Mellitus* e as patologias do aparelho respiratório, bem como na gestão da saúde do adulto.

Não se encontram delineados indicadores de saúde familiar; contudo, os indicadores clínicos individuais monitorizados, quando atingidos, contribuem indiretamente para melhoria da saúde familiar dos utentes e das famílias inscritos/as.

1.4. ENQUADRAMENTO DA SAÚDE FAMILIAR NO CONTEXTO DA USF

A Enfermagem de Saúde Familiar tem como foco central a família, entendida como um sistema dinâmico e interdependente, no qual as interações entre os seus membros influenciam de forma significativa os processos de saúde, doença e adaptação ao longo do ciclo vital (Wright & Leahey, 2013). A saúde familiar resulta da articulação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, exigindo uma abordagem holística e integrada por parte dos enfermeiros especialistas nesta área (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), as Unidades de Saúde Familiar (USF) constituem o contexto privilegiado para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar. As USF, enquanto unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), têm como missão a prestação de cuidados personalizados, contínuos e de qualidade, centrados na pessoa, na família e na comunidade, promovendo a acessibilidade, a equidade e a continuidade de cuidados (Biscaia & Heleno, 2017).

O enfermeiro especialista em saúde familiar, integrado na equipa multiprofissional da USF, desempenha um papel fundamental na avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à família. A sua prática assenta na compreensão da família enquanto unidade de cuidados, considerando a sua estrutura, funcionamento, papéis, padrões de comunicação, bem como a rede de suporte social e o

contexto sociocultural em que se insere (OE, 2011). Esta abordagem permite identificar necessidades, recursos e potencialidades familiares, promovendo a capacitação da família para a gestão da sua própria saúde.

A avaliação e intervenção em saúde familiar no contexto da USF são sustentadas por modelos teóricos de enfermagem, que orientam a prática clínica do enfermeiro especialista. Entre estes, destaca-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Henriqueta Figueiredo, amplamente utilizado em Portugal na prática e no ensino da Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2012).

A intervenção do enfermeiro de saúde familiar nas USF visa não apenas a prevenção da doença, mas também a promoção da saúde, o fortalecimento da resiliência familiar e o apoio às famílias em situações de transição, vulnerabilidade ou doença crónica (OE, 2011). A relação terapêutica estabelecida ao longo do tempo, característica dos CSP, favorece o acompanhamento longitudinal das famílias, contribuindo para ganhos em saúde, autonomia e qualidade de vida (OMS, 2018).

Deste modo, a integração da Enfermagem de Saúde Familiar no contexto das USF revela-se essencial para a concretização de cuidados centrados na família, alinhados com as políticas de saúde nacionais e internacionais, valorizando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor de saúde e de mudança nos cuidados de saúde primários (Biscaia & Heleno, 2017).

1.5. ARTICULAÇÃO DO CONTEXTO COM A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O contexto organizacional das Unidades de Saúde Familiar cria condições específicas que influenciam diretamente a operacionalização da Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados, das tomadas de decisão e da responsabilização profissional. A autonomia funcional das USF, aliada a mecanismos de contratualização e avaliação de desempenho, favorece uma prática de enfermagem orientada para resultados em saúde, incentivando intervenções familiares baseadas em evidência científica e adaptadas às necessidades reais das famílias (Biscaia & Heleno, 2017).

A contratualização de indicadores de desempenho nas USF, embora frequentemente centrados no indivíduo, constituem simultaneamente um desafio e uma oportunidade para a Enfermagem de Saúde Familiar. O enfermeiro especialista deve integrar a perspectiva familiar na concretização destes indicadores, promovendo intervenções que considerem o impacto do contexto familiar na adesão terapêutica, na gestão da doença crónica e na promoção de estilos de vida saudáveis (OE, 2011). Esta articulação exige capacidade de reflexão crítica e adaptação da prática clínica à realidade organizacional.

Adicionalmente, o contexto da USF favorece o desenvolvimento de competências avançadas do enfermeiro especialista, nomeadamente na tomada de decisão, na gestão de casos familiares complexos e na liderança de intervenções de enfermagem centradas na família. A prática reflexiva e a utilização de modelos conceptuais, como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, contribuem para a sistematização dos cuidados e para a melhoria contínua da qualidade da intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2012).

Deste modo, a articulação entre o contexto da USF e a Enfermagem de Saúde Familiar constitui um espaço de desenvolvimento profissional, de inovação na prática clínica e de consolidação de cuidados centrados na família. Esta articulação contribui para a valorização do enfermeiro especialista enquanto profissional estratégico nos cuidados de saúde primários e para a concretização de respostas de saúde mais integradas, eficazes e sustentáveis (OE, 2011; OMS, 2018).

1.6. PERTINÊNCIA DO CONTEXTO PARA O ESTUDO DESENVOLVIDO

A realização do presente estudo em contexto de USF revela-se particularmente pertinente face à problemática. As USF, enquanto estruturas de cuidados de saúde primários, permitem um acompanhamento longitudinal e próximo das famílias, essencial para a compreensão do impacto da PHDA no funcionamento familiar e nos processos de adaptação ao longo do tempo (Biscaia & Heleno, 2017).

A PHDA, pelas suas características clínicas e comportamentais, influencia não apenas a criança, mas todo o sistema familiar, podendo gerar sobrecarga parental, dificuldades na comunicação intrafamiliar e alterações nos papéis e rotinas familiares (American Psychiatric Association, 2013). Neste sentido, o contexto da USF proporciona um espaço

privilegiado para a avaliação sistemática da família enquanto unidade de cuidados, permitindo ao EEESF identificar necessidades, recursos e padrões de funcionamento familiar em diferentes momentos do ciclo vital.

A proximidade da USF às famílias e o conhecimento aprofundado do seu contexto sociofamiliar facilitam a aplicação do MDAIF, uma vez que este modelo pressupõe uma avaliação contínua e contextualizada da família, considerando as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). No acompanhamento de famílias com crianças com PHDA, esta abordagem permite compreender de que forma o diagnóstico interfere nas interações familiares, na parentalidade e na adaptação às exigências da condição.

O contexto da USF permite ainda ao EEESF desenvolver intervenções de enfermagem centradas na promoção de competências parentais, no apoio aos processos de adaptação familiar e na prevenção de situações de disfuncionalidade familiar. Estas intervenções assumem especial relevância em famílias com crianças com PHDA, contribuindo para a melhoria da dinâmica familiar e para uma resposta mais eficaz às necessidades da criança e da família como um todo (OE, 2011).

Deste modo, o contexto da Unidade de Saúde Familiar revela-se muito pertinente para o desenvolvimento do presente estudo, uma vez que possibilita a avaliação aprofundada do funcionamento familiar segundo o MDAIF e a análise do impacto da intervenção do EEESF nas famílias com crianças com PHDA.

1.7. ARTICULAÇÃO ENTRE CONTEXTO, COMPETÊNCIAS E INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento do presente estudo em contexto de USF permitiu articular de forma consistente o exercício profissional do EEESF com as competências específicas da área e com a investigação em enfermagem, contribuindo para uma prática clínica fundamentada e orientada pela evidência científica. O contexto da USF, enquanto estrutura dos cuidados de saúde primários, favorece a integração da prática com a reflexão crítica e a produção de conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar (Biscaia & Heleno, 2017).

As competências do EEESF, conforme definidas pela Ordem dos Enfermeiros, incluem a capacidade de avaliar a família enquanto unidade de cuidados, planear e implementar

intervenções de enfermagem centradas na família e promover processos de adaptação e funcionalidade familiar em situações de vulnerabilidade (OE, 2011). No âmbito das famílias com crianças diagnosticadas com PHDA, estas competências revelam-se essenciais, uma vez que a condição da criança influencia a dinâmica familiar, os papéis parentais e os processos de coping da família (American Psychiatric Association, 2013).

A aplicação do MDAIF constituiu um elemento estruturante na articulação entre o contexto da USF, as competências do EEESF e a investigação desenvolvida. Este modelo possibilitou uma avaliação sistemática do funcionamento familiar, considerando as dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional, em conformidade com as exigências do contexto clínico e com os objetivos da investigação (Figueiredo, 2012). A utilização do MDAIF permitiu, simultaneamente, sustentar a prática clínica e orientar a recolha e análise de dados, reforçando a coerência metodológica do estudo.

Esta articulação entre prática e investigação permitiu analisar o impacto da intervenção do EEESF na dinâmica familiar e nos processos de adaptação, contribuindo para a produção de conhecimento relevante para a Enfermagem de Saúde Familiar e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011).

O contexto da USF favoreceu o desenvolvimento de competências de investigação, nomeadamente na identificação de problemas de investigação, na aplicação de modelos teóricos à prática clínica e na reflexão crítica sobre os resultados obtidos. Esta integração entre contexto, competências e investigação está alinhada com as recomendações internacionais para a prática baseada na evidência nos cuidados de saúde primários (OMS, 2018).

Deste modo, a articulação entre o contexto da USF, as competências do EEESF e a investigação desenvolvida permitiu consolidar uma prática profissional reflexiva, cientificamente fundamentada e centrada na família. Esta articulação contribui não só para o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista, mas também para a valorização da Enfermagem de Saúde Familiar enquanto área de conhecimento e intervenção autónoma nos cuidados de saúde primários.

2. ESTUDO EMPÍRICO

As crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção representam um desafio significativo para as suas famílias, dada a irrequietude motora, impulsividade e desatenção características do diagnóstico (American Psychiatric Association, 2002). Estas características podem interferir não só no desempenho escolar e social da criança, como também na dinâmica e funcionamento familiar. Torna-se essencial avaliar estas famílias para compreender de que forma a PHDA impacta o seu equilíbrio e, a partir dessa avaliação, planejar e implementar intervenção especializada orientada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Tendo em conta esta problemática, definiu-se como questão de investigação: “*Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) nas famílias de crianças diagnosticada com PHDA?*”

Para responder a esta questão, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Avaliar o funcionamento das famílias com uma criança diagnosticada com PHDA, segundo as dimensões do MDAIF;
- Analisar o impacto da intervenção do EEESF na dinâmica familiar, no processo de adaptação e na funcionalidade familiar.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico do presente estudo visa sustentar conceptualmente a investigação, permitindo compreender a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) enquanto condição do neurodesenvolvimento e analisar o seu impacto na criança e no sistema familiar. Através da revisão da literatura científica, procura-se identificar os principais conceitos, modelos teóricos e evidência empírica relevantes para a compreensão da dinâmica familiar em contexto de PHDA, bem como fundamentar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na avaliação e intervenção junto das famílias. Este enquadramento constitui a base para a escolha do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico-metodológico do estudo, orientando a análise das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família e a definição de intervenções centradas na promoção da funcionalidade e da adaptação familiar.

2.1.1. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta aproximadamente 5% das crianças em todo o mundo (American Psychiatric Association, 2013). A sua prevalência varia entre 2% e 10% dependendo dos critérios de diagnóstico e das metodologias utilizadas nos estudos (Polanczyk et al., 2014). Observa-se uma incidência mais elevada no sexo masculino, sendo que, nos rapazes, os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir na adolescência, enquanto nas raparigas se mantêm mais estáveis ao longo do tempo. Esta diferença pode estar relacionada com o subdiagnóstico em raparigas, uma vez que estas apresentam frequentemente sintomas de desatenção menos evidentes, em contraste com os comportamentos hiperativos típicos dos rapazes (Barkley, 2002; Ramtekkar et al., 2010).

Nas últimas décadas, a compreensão sobre a PHDA evoluiu significativamente. Inicialmente, os sintomas eram frequentemente interpretados como comportamentos normais da infância ou atribuídos a uma falta de disciplina parental (Conrad & Bergey, 2014). Com o avanço da investigação científica, reconheceu-se a PHDA como uma condição neurobiológica legítima, o que reforçou a necessidade de estratégias de intervenção adequadas e de suporte familiar e escolar (American Psychiatric Association, 2013; Faraone & Biederman, 2016; Chronis-Tuscano & Stein, 2012). Faraone et al. (2019) ressaltam que a desregulação emocional é um aspeto crítico na compreensão do transtorno, sendo importante para o reconhecimento precoce e para a intervenção clínica adequada.

A PHDA caracteriza-se por padrões persistentes de impulsividade, inquietação e dificuldades de atenção, impactando tanto a criança quanto a sua família e educadores (DuPaul & Stoner, 2014; World Health Organization, 2022). Os sintomas tornam-se mais evidentes nos primeiros anos escolares, quando pais e professores passam a identificar défices de atenção e problemas comportamentais, devido ao aumento das exigências académicas e sociais. Embora os comportamentos hiperativos diminuam parcialmente durante a adolescência, a desatenção tende a persistir (American Psychiatric Association, 2013). A intervenção precoce é fundamental para mitigar os efeitos da PHDA no desenvolvimento académico e social dos indivíduos, como destaca o estudo de DuPaul et al. (2021).

O distúrbio apresenta frequentemente comorbilidades, como perturbações disruptivas de comportamento, perturbações do humor, défices neuropsicológicos, dificuldades escolares,

problemas sociais e maior risco de tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2013). A PHDA é classificada em três subtipos: hiperativo/impulsivo, desatento e combinado, sendo este último o mais prevalente. O subtipo hiperativo/impulsivo manifesta-se por níveis elevados de atividade motora, dificuldade em permanecer sentado e impulsividade, sendo mais frequente em idades precoces. O subtipo desatento caracteriza-se por distração, esquecimentos e dificuldades organizacionais, sendo mais comum em raparigas e frequentemente subdiagnosticado. O subtipo combinado apresenta características de ambos, associando impacto significativo no desempenho académico, nas relações interpessoais e na autorregulação comportamental (American Psychiatric Association, 2013; Barkley, 2015; Tamm et al., 2012; Willcutt et al., 2012). Faraone et al. (2024) abordam essas classificações de maneira detalhada na sua revisão sobre o transtorno PHDA.

Estudos indicam que o risco de PHDA é superior entre familiares de primeiro grau, associado a alterações funcionais no córtex pré-frontal e no cerebelo, observadas também em irmãos sem diagnóstico da condição (Mulder et al., 2008; Barkley, 2002). A gestão da PHDA requer uma abordagem multidisciplinar, incluindo intervenções comportamentais, educativas e farmacológicas, adaptadas às necessidades da criança e da família (American Psychiatric Association, 2013; DuPaul & Stoner, 2014). Cortese (2020) destaca que tanto os tratamentos farmacológicos quanto as intervenções não farmacológicas têm papel crucial na gestão eficaz da doença.

Entre as estratégias de intervenção destacam-se: programas comportamentais que promovem o reforço positivo, a autorregulação e a consistência nas rotinas (Barkley, 2015; Fabiano et al., 2009), adaptações educativas, como horários visuais, instruções simplificadas e pausas programadas, facilitando a gestão da atenção e do comportamento em contexto escolar (DuPaul & Stoner, 2014; Miranda et al., 2015), uso de psicoestimulantes, quando clinicamente indicado, com monitorização clínica rigorosa da eficácia e dos efeitos secundários (Faraone & Buitelaar, 2010) e, apoio psicossocial às famílias, incluindo grupos de suporte, treino parental e intervenções psicoeducativas que promovem competências parentais e estratégias de coping (Chronis-Tuscano & Stein, 2012). A inclusão de estratégias de capacitação parental, como ressaltado por Faraone et al. (2019), é fundamental para o sucesso das intervenções.

Estudos recentes reforçam que a intervenção deve integrar a capacitação parental e a melhoria da comunicação familiar, dada a associação consistente entre PHDA e disfunção relacional no sistema familiar (Cortese, 2020; Faraone et al., 2019).

A PHDA tem impacto direto na dinâmica familiar. Os pais relatam frequentemente níveis elevados de stresse, ansiedade e frustração perante os desafios quotidianos associados à educação e ao cuidado da criança, frequentemente agravados pela falta de compreensão do distúrbio e pelas exigências comportamentais acrescidas (Barkley, 2002; Johnston & Mash, 2001). Os irmãos podem experienciar sentimentos de ciúmes ou perceção de negligência, e a coesão familiar pode ficar comprometida. O Modelo de Stresse Familiar, proposto por Patterson (1988), esclarece como as tensões e adversidades acumuladas influenciam o funcionamento global da família, podendo amplificar vulnerabilidades ou, quando adequadamente geridas, fortalecer processos de adaptação e resiliência.

Estes aspetos relacionam-se diretamente com as fragilidades identificadas nos resultados deste estudo, nomeadamente dificuldades de comunicação emocional, tensão parental e desafios na gestão dos papéis familiares.

Neste contexto, as intervenções de enfermagem e de apoio familiar tornam-se essenciais, integrando estratégias como terapia familiar, treino de competências parentais e técnicas de gestão do stresse, que visam a reorganização dos padrões familiares, o reforço das competências parentais e a promoção da resiliência coletiva (Chronis-Tuscano et al., 2011; Fabiano et al., 2012). O EEESF desempenha um papel central neste processo, atuando como elo entre a família, a escola e os serviços de saúde, fornecendo educação, suporte e capacitação para promover um ambiente familiar mais favorável ao desenvolvimento da criança (Dos Santos & Vieira, 2020; Mota & Gaspar, 2019).

A compreensão da PHDA e do seu impacto no sistema familiar constitui a base para a avaliação e intervenção desenvolvidas neste estudo, enquadradas numa abordagem de enfermagem centrada na família, conforme os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar.

2.1.2. A Saúde Familiar

A Enfermagem de saúde familiar surge como campo autónomo da enfermagem comunitária, orientado para a família como unidade de cuidado e para a promoção da saúde ao nível individual, familiar e comunitário. A OMS define saúde como bem-estar

biopsicossocial, e a ESF trabalha com a família como contexto, cliente, sistema e componente da sociedade, reconhecendo a transversalidade da família na prevenção, promoção, detrimento e recuperação da saúde (Stanhope & Lancaster, 2008).

A família enquanto conceito tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, sendo que não se pode considerar como unívoco, tendo de ser tido em conta as diferenças transculturais entre os membros que se sentem como integrantes da família, assim como nos papéis e funções esperadas por cada um deles. Segundo Gimeno (2003, p.40). “*A diversidade de modelos familiares, ao longo dos tempos e nas diferentes culturas, torna difícil atingirmos um consenso de definição única de família, mesmo que, intuitivamente, todos tenham em mente uma conceção e até uma atitude básica em relação a ela.*” Deste modo é perceptível que a família é aquilo que os seus membros dizem que é, sendo esta a proposta de definição de Wright e Leahey (2009).

Para o enfermeiro, a família constitui simultaneamente unidade sistémica, alvo de cuidados e contexto onde emergem necessidades de intervenção nos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (Regulamento n.º 126/2011). Esta visão sistémica orienta a prática segundo quatro perspetivas complementares: a família como contexto, como cliente, como sistema e como componente da sociedade (Stanhope & Lancaster, 2008).

Na família como *contexto* o centro de atenção é a saúde e o desenvolvimento de um membro integrado num ambiente específico; na família como *cliente* a família é considerada o foco dos cuidados de enfermagem, encarada como a soma dos seus membros; na família como *sistema* o núcleo é a família como cliente, vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais que a soma das suas partes; e, na família como *componente da sociedade* é vista como uma instituição da sociedade, uma unidade básica ou primária, assim como uma instituição de saúde, educação, religião, onde todas fazem parte do sistema social alargado (Stanhope & Lancaster, 2008).

As teorias clássicas de enfermagem não evidenciam a enfermagem familiar, focando-se maioritariamente no indivíduo, porém foram integrando conceitos importantes para a SF (Hanson & Kaakinen, 2005). Foi então necessária uma evolução nas teorias em enfermagem da família, sendo que o nível de conhecimento se baseia em três perspetivas: ciência social familiar, terapia familiar e enfermagem, sendo exigida uma abordagem integradora para não limitar a intervenção do enfermeiro. Destas teorias a que parece estar mais desenvolvida quanto ao funcionamento da família e às interações com o exterior é a

teoria da ciência social familiar, que apresenta quatro abordagens conceituais: teoria estrutural funcional, teoria do desenvolvimento, teoria interacionista e a teoria dos sistemas (Stanhope & Lancaster, 2008).

A *teoria estrutural funcional* faz uma abordagem global da família, observando-a na comunidade alargada onde se insere; a *teoria do desenvolvimento* centra-se na enfermagem dirigida ao sistema familiar ao longo do tempo e do ciclo de vida nas diferentes etapas, proporcionando uma previsão do que a família vai experienciar nos vários momentos do ciclo de vida familiar; a *teoria interacionista* estuda a família como unidade de personalidade em interação e explora as comunicações simbólicas entre os seus membros; e, a *teoria dos sistemas* tem por base as ciências da biologia e da física (Stanhope & Lancaster, 2008).

Nesta perspetiva sistémica, a família é vista como um sistema cujos membros estão interligados por relações circulares, o que implica que mudanças num elemento afetam todo o sistema e vice-versa. O sistema familiar procura constantemente manter um equilíbrio dinâmico através da homeostase, adaptando-se aos desafios internos e externos que emergem ao longo do tempo (Bowen, 1978; Stanhope & Lancaster, 2008). A avaliação familiar na prática de enfermagem beneficia desta visão ao permitir identificar padrões de comunicação, alianças, fronteiras, ciclos transgeracionais e mecanismos de adaptação. É neste quadro conceptual que o MDAIF encontra fundamento, assumindo explicitamente a natureza sistémica e dinâmica da família.

Complementar à abordagem sistémica, a Teoria das Transições, proposta por Meleis e colaboradoras, oferece um enquadramento essencial para compreender as mudanças significativas que ocorrem no ciclo de vida familiar e o papel do enfermeiro na facilitação desses processos. As transições podem ser normativas (como nascimento de um filho, entrada na escola, adolescência, reforma) ou não normativas (doença, luto, desemprego), implicando reorganizações estruturais, funcionais e relacionais da família. A Teoria das Transições destaca que uma transição saudável depende dos padrões de resposta dos indivíduos e das famílias, avaliados através de indicadores de processo — que revelam se a pessoa ou família se encaminha para maior bem-estar ou maior vulnerabilidade — e de indicadores de resultados, que refletem a capacidade para desenvolver novas competências e integrar mudanças de forma adaptativa (Meleis, 2015). Este enquadramento permite ao

enfermeiro identificar períodos críticos e potencializar intervenções que promovam resiliência, sentido de coerência e crescimento familiar.

Esta abordagem é particularmente relevante em famílias com crianças com PHDA, dada a necessidade de compreender como o comportamento da criança influencia processos como comunicação, coping, papéis e satisfação conjugal, elementos que emergiram nos resultados deste trabalho.

2.1.3. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desempenha um papel central na avaliação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à família, tendo como referência normativa o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar* (Regulamento n.º 126/2011, Diário da República, 2011). Este regulamento define que o EEESF deve possuir competências avançadas em avaliação global da família, identificação de necessidades de saúde, planeamento de cuidados centrados na família, implementação de intervenções promotora de saúde e de literacia em saúde, bem como monitorização do impacto das ações implementadas na qualidade de vida e no bem-estar familiar. O enfermeiro especialista atua simultaneamente sobre o sistema familiar e sobre os indivíduos que o compõem, considerando a família como contexto, cliente, sistema e componente da sociedade, integrando abordagens preventivas, curativas e de reabilitação em consonância com os princípios da enfermagem comunitária (Stanhope & Lancaster, 2008).

A atuação do EEESF é sustentada por teorias de enfermagem que fornecem modelos de compreensão do funcionamento familiar e orientações para avaliação e intervenção e pode, assim, orientar estratégias de suporte, aconselhamento e educação, fortalecendo recursos familiares, promovendo competências parentais e conjugais, e facilitando a mobilização de redes de apoio formais e informais (Meleis, 2015).

A aplicação prática de teorias na avaliação familiar permite ao EEESF utilizar instrumentos estruturados e padronizados, oferecendo uma visão integrada das dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento da família. A interpretação destes dados possibilita intervenções direcionadas à melhoria da comunicação, coesão, satisfação conjugal, planeamento familiar, papéis parentais e estratégias de coping, promovendo a saúde e o bem-estar familiar de forma holística. Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista não

se limita à intervenção individual, mas estende-se à facilitação de processos de mudança positiva, capacitação familiar e fortalecimento da autonomia e resiliência do sistema familiar, reforçando o papel da família como agente ativo na manutenção da sua própria saúde e na prevenção de complicações (Figueiredo, 2012; Santos & Maduro, 2023).

A avaliação familiar constitui um elemento central na prática do enfermeiro especialista em saúde familiar, pois permite compreender o funcionamento do sistema familiar em múltiplas dimensões — estrutural, de desenvolvimento e funcional — e identificar fatores de risco e de proteção que influenciam a saúde e o bem-estar de todos os seus membros (Figueiredo, 2012). Esta avaliação torna-se ainda mais relevante em famílias com crianças diagnosticadas com PHDA, uma vez que estas crianças frequentemente apresentam dificuldades comportamentais, desafios de atenção e impulsividade, que impactam diretamente a dinâmica familiar, a comunicação, os papéis parentais e a coesão familiar. O diagnóstico de PHDA não afeta apenas o desempenho acadêmico e social da criança, mas também pode gerar stresse parental, conflitos conjugais, sobrecarga de cuidados e dificuldades na organização familiar, tornando a avaliação sistemática e integrada uma ferramenta imprescindível para a intervenção (Wright & Leahey, 2009).

A intervenção do enfermeiro especialista, neste contexto, centra-se na promoção da saúde familiar e na capacitação dos cuidadores, apoiando-os na reorganização dos papéis parentais, na implementação de estratégias educativas e na melhoria da comunicação intrafamiliar.

No contexto das famílias com crianças com PHDA, o papel do EEESF assume especial importância na facilitação da comunicação emocional, apoio ao exercício da parentalidade, reforço da rede de apoio e diminuição do impacto das transições familiares. Estas áreas coincidem diretamente com as dimensões avaliadas pelo MDAIF e com os resultados encontrados neste estudo.

2.1.4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

A prática de enfermagem centrada na família reconhece a família como um sistema dinâmico, interdependente e permanentemente influenciado pelos seus contextos ecológicos e socioculturais. Neste âmbito, Maria Henriqueta Figueiredo desenvolveu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, um referencial teórico-operativo

que sustenta a prática de enfermagem familiar em cuidados de saúde primários, integrando a complexidade, singularidade e multimensuralidade das famílias (Figueiredo, 2012).

O modelo é designado como “dinâmico” porque assume que as famílias se encontram em constante mudança e que os seus riscos, recursos e necessidades evoluem ao longo do ciclo vital. As intervenções de enfermagem devem ser igualmente dinâmicas, adaptativas e baseadas em avaliação sistemática, permitindo promover a saúde familiar, entendida como um estado interligado de bem-estar biológico, psicológico, sociocultural e espiritual, tanto dos membros individualmente como do sistema familiar no seu conjunto (Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022).

Diversos estudos demonstram que a utilização do MDAIF conduz a ganhos efetivos em saúde familiar, verificando-se melhorias em domínios estruturais, de desenvolvimento e funcionais após intervenções baseadas no modelo (Figueiredo et al., 2017). A sua aplicabilidade revela-se particularmente relevante em famílias em transição ou em situação de vulnerabilidade, favorecendo a capacitação familiar, a autonomia, a resiliência e a diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde (Santos & Maduro, 2023). A avaliação familiar proposta pelo MDAIF organiza-se em três dimensões fundamentais — estrutural, de desenvolvimento e funcional — que se articulam para oferecer uma compreensão holística da família.

A dimensão estrutural foca-se na configuração, organização e inserção ecológica da família, analisando os elementos que constituem o “esqueleto” estrutural do sistema familiar. A composição familiar e a presença da família extensa são habitualmente representadas através do genograma, que permite visualizar, ao longo de pelo menos três gerações, relações, padrões, eventos significativos e potenciais fatores de risco transgeracionais. Este instrumento, com raízes na Teoria dos Sistemas Familiares de Murray Bowen e amplamente difundido por McGoldrick et al. (2008), constitui uma ferramenta essencial na avaliação sistémica. As relações com os sistemas mais amplos — como escola, trabalho, vizinhança, instituições de saúde e comunidade — são analisadas através do ecomapa, desenvolvido por Hartman (1978), que permite identificar os apoios, tensões, recursos e fragilidades presentes na rede social e comunitária da família.

A análise da classe social é frequentemente realizada através da Escala de Graffar, proposta por Graffar (1956), que avalia variáveis como profissão, instrução, fonte de

rendimento, características da habitação e condições do bairro, permitindo classificar o nível socioeconómico e identificar situações de vulnerabilidade social. A avaliação estrutural integra ainda a análise das condições da habitação, dos sistemas de abastecimento e do ambiente biológico, incluindo aspetos como salubridade, ventilação, segurança, higiene, saneamento e possíveis fatores ambientais de risco, avaliados através da visita domiciliária, observação e entrevista familiar.

A dimensão de desenvolvimento centra-se nas transições familiares ao longo do ciclo vital e nas tarefas correspondentes a cada fase, analisando a forma como a família se adapta às mudanças esperadas e inesperadas. Neste âmbito, a satisfação conjugal constitui um elemento estruturante, uma vez que a qualidade da relação entre os parceiros influencia diretamente a dinâmica familiar, a parentalidade e o ambiente emocional da família. A satisfação conjugal engloba aspetos como a comunicação conjugal, a intimidade emocional e sexual, a expressão de afeto, a resolução de conflitos, a tomada de decisão partilhada e o apoio emocional mútuo, funcionando como um indicador da estabilidade e do bem-estar da díade (Spanier, 1976). Relações conjugais satisfatórias tendem a promover um clima familiar mais coeso, facilitando a negociação de papéis, a cooperação entre os membros e a capacidade de enfrentar transições com maior flexibilidade. Por outro lado, níveis reduzidos de satisfação conjugal podem gerar tensão no sistema familiar, afetar negativamente a parentalidade e reduzir a eficácia das estratégias de coping, tornando a família mais vulnerável ao stresse.

A dinâmica familiar associada à díade conjugal estende-se às decisões relativas ao planeamento familiar, que integra escolhas sobre contraceção, projeto reprodutivo, espaçamento dos filhos e preparação para a parentalidade. Estas decisões revelam valores, expectativas e metas partilhadas, constituindo um processo que influencia o desenvolvimento familiar e a organização dos papéis parentais. O papel parental, por sua vez, envolve práticas de cuidados, estratégias educativas, estilos parentais, perceção de eficácia e capacidade de resposta às necessidades físicas, emocionais e sociais dos filhos. A avaliação destas dimensões é realizada através da entrevista clínica, da observação das interações e da análise da coerência entre práticas e valores familiares, permitindo ao enfermeiro identificar competências, dificuldades e potenciais áreas de intervenção.

Deste modo, a dimensão de desenvolvimento permite compreender de forma aprofundada a forma como a família atravessa transições normativas (como o nascimento de um filho, entrada na escola, adolescência dos filhos, saída de casa ou envelhecimento) e não normativas (como doença crónica, desemprego, separação, migração ou luto). A capacidade de adaptação a estas transições depende da qualidade das relações conjugais, da estabilidade emocional do sistema familiar e da disponibilidade de recursos internos e externos, fatores que podem atuar como elementos de risco ou de proteção. Esta dimensão oferece ao enfermeiro uma perspetiva integrada sobre a maturação, o ajustamento e o desenvolvimento contínuo da família, essenciais para orientar intervenções que promovam a saúde e o bem-estar familiar ao longo do ciclo vital.

A dimensão funcional incide sobre os processos internos da família, analisando a qualidade da comunicação, a organização dos papéis, a coesão, a adaptabilidade e a forma como a família lida com o stresse. Nesta dimensão, a comunicação familiar assume um papel central, pois é através dela que os membros transmitem informações, emoções, expectativas e regras que regulam o funcionamento do sistema. Uma comunicação clara, congruente e aberta facilita a compreensão mútua, a negociação de papéis e a resolução de problemas, enquanto padrões comunicacionais disfuncionais — como mensagens ambíguas, críticas constantes, silêncio prolongado ou evitamento — tendem a aumentar a tensão e dificultar a adaptação familiar (Wright & Leahey, 2009).

A expressão emocional, intimamente ligada à comunicação, constitui outro elemento essencial: famílias com maior abertura emocional demonstram maior capacidade para reconhecer necessidades individuais, validar sentimentos e mobilizar estratégias conjuntas de resolução, favorecendo a coesão e a resiliência (Olson et al., 1982). Por outro lado, a supressão emocional, a rigidez afetiva ou padrões de hostilidade tornam a família mais vulnerável ao impacto do stresse.

Associado a estes processos encontra-se o coping familiar, definido como o conjunto de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais utilizadas pela família para enfrentar eventos adversos ou transições significativas. Estratégias de coping adaptativas incluem a comunicação eficaz, o suporte emocional mútuo, a redefinição positiva de problemas, a flexibilidade na redistribuição de papéis ou a procura de apoio formal e informal, fortalecendo a capacidade de ajustamento e a sensação coletiva de eficácia (McCubbin &

McCubbin, 1993). Em contrapartida, estratégias como o evitamento, a rigidez, a sobrecarga de responsabilidades num único membro ou a negação podem comprometer o funcionamento familiar e potenciar o desgaste emocional.

Diversos instrumentos padronizados complementam esta avaliação. A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967) quantifica o impacto do stresse através da soma de eventos de vida significativos, permitindo estimar o risco de doença física e emocional associado às mudanças ocorridas. O FACES II, desenvolvido por Olson et al. (1982) no contexto do Modelo Circumplexo, avalia a coesão e a adaptabilidade familiar, duas dimensões centrais do funcionamento familiar sistémico, e permite identificar padrões como desligamento, aglutinação, rigidez ou caos. Já o APGAR Familiar, criado por Smilkstein (1978), avalia de forma rápida e sintética a funcionalidade familiar em cinco dimensões-chave — adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e capacidade de resolução — constituindo um instrumento útil para o rastreio inicial de disfunção familiar.

No conjunto, estas três dimensões permitem ao enfermeiro desenvolver uma compreensão abrangente da realidade familiar, orientando decisões clínicas e intervenções baseadas na evidência. O MDAIF constitui, um modelo robusto e integrado que facilita práticas de enfermagem centradas na família, promovendo a sua autonomia, fortalecimento e saúde ao longo do ciclo vital.

A escolha do MDAIF como modelo central deste estudo fundamenta-se na sua capacidade de integrar a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional, que também constituem a base para a apresentação dos resultados e para a discussão subsequente.

2.2. METODOLOGIA

A fase metodológica corresponde ao momento de planeamento da investigação, na qual se definem as estratégias que permitirão responder de forma válida e rigorosa à questão de investigação e os objetivos formulados. Nesta secção apresentam-se o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, os participantes, os instrumentos e os procedimentos éticos e de recolha de dados.

2.2.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos

A questão de investigação definida foi: “*Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) nas famílias de crianças diagnosticada com PHDA?*”

Pretende-se compreender de que forma a PHDA interfere na dinâmica familiar e qual o impacto da intervenção do EEESF no funcionamento destas famílias.

Foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Avaliar o funcionamento das famílias com uma criança diagnosticada com PHDA, segundo as dimensões do MDAIF.
- Analisar o impacto da intervenção do EEESF na dinâmica familiar, no processo de adaptação e na funcionalidade familiar.

2.2.2 Tipo de Estudo

Para responder aos objetivos, optou-se por um estudo de casos múltiplos, articulado com a metodologia de investigação-ação, permitindo simultaneamente compreender o fenómeno e intervir sobre ele.

O estudo de casos múltiplos permite estudar o objeto (caso) no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjetividade do investigador (Yin, 2005).

Segundo Kuhne e Quigley (1997), a investigação-ação desenvolve-se em três fases:

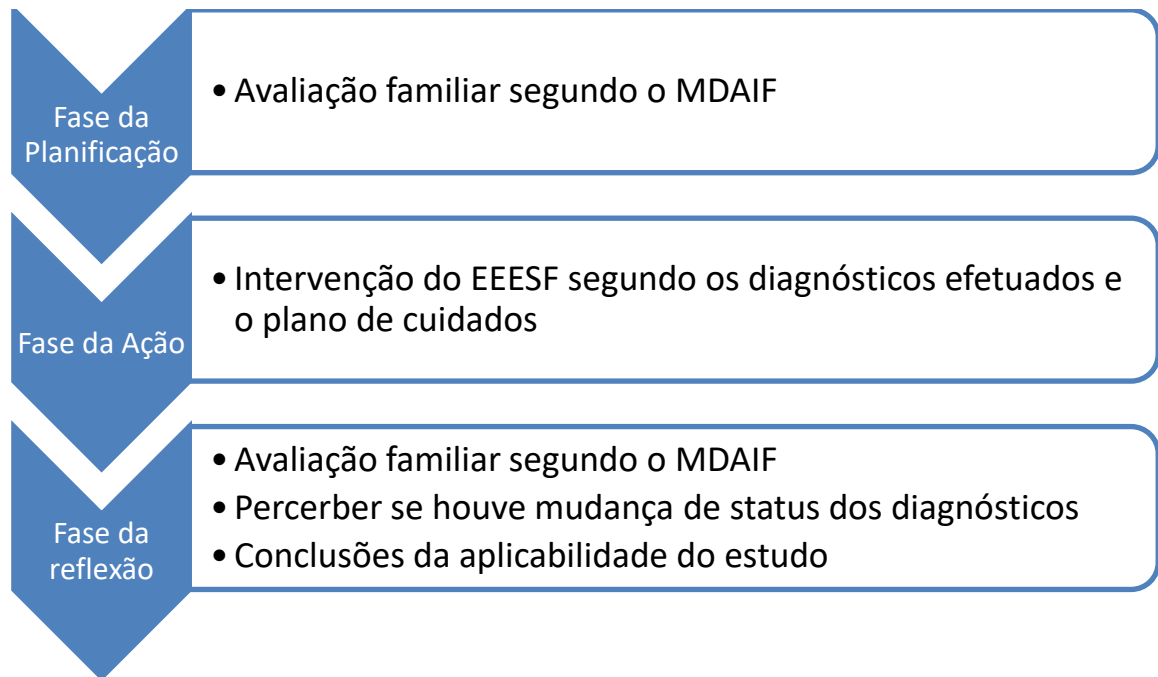
1. Planificação - definição do problema, das ações, dos instrumentos de avaliação e do desenho do processo;
2. Ação - implementação das intervenções e observação sistemática;
3. Reflexão – análise dos resultados, avaliação crítica e reformulação de conclusões.

Na fase de planificação, aplicou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) às famílias, com recurso à observação direta, entrevista, análise documental e fundamentação bibliográfica.

Na fase de ação, foram implementadas as intervenções definidas pelo EEESF, com o objetivo de promover a funcionalidade familiar e apoiar os processos de ajustamento à PHDA.

Por fim, na fase de reflexão, procedeu-se à avaliação dos resultados obtidos e à identificação do contributo do EEESF para cada família, permitindo compreender a aplicabilidade do modelo e o impacto da intervenção na dinâmica familiar.

Figura 1 - Diagrama do estudo empírico



2.2.3. População e amostra/participantes

A população-alvo corresponde às famílias inscritas na USF Vale do Vez, pertencentes à lista de Enfermeira Fernanda Fernandes, que incluem uma criança com diagnóstico de PHDA registado no MIM@UF.

A amostra é, de acordo com Fortin (2009) um subgrupo da população que partilha as suas características essenciais. Neste estudo, utilizou-se uma amostra não probabilística intencional, selecionando três famílias que representam adequadamente o fenómeno em estudo.

Critérios de inclusão:

- Família com uma criança diagnosticada com PHDA e sinalizada no MIM@UF.

Critérios de exclusão

- Famílias cuja criança com PHDA complete 18 anos durante 2023/2024.

A amostra inicialmente prevista era de cinco famílias, porém apenas três quiseram fazer parte do estudo.

Este tipo de amostra, por ser intencional, não permite a generalização dos resultados, mas possibilita uma análise aprofundada do fenómeno, adequada ao estudo de casos e à investigação ação.

2.2.4. Instrumento de recolha de dados

A avaliação familiar foi realizada através de observação participada e da entrevista orientada pelo MDAIF, uma vez que este o modelo é o referencial teórico-metodológico parametrizado no sistema de informação de enfermagem utilizado pelo EEESF.

O MDAIF, desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo, estrutura-se em três dimensões (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional) e integra instrumentos específicos adaptados à avaliação familiar, seguindo uma perspetiva colaborativa e centrada nas forças da família (Silva et al., 2012).

- Dimensão Estrutural: rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico. Utiliza como instrumentos de avaliação familiar o Genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada;
- Dimensão do desenvolvimento: satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental.,
- Dimensão funcional: papel de prestador de cuidados e o processo familiar, tendo como instrumentos de avaliação a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012).

2.2.5. Procedimento de recolha de dados e questões éticas

A investigação com seres humanos exige a proteção das liberdades e dos direitos das pessoas que participam na investigação.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, o profissional deve garantir a confidencialidade e o anonimato conforme o artigo 85.º (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A recolha e tratamento de dados respeitou os princípios éticos da autodeterminação, privacidade, anonimato, confidencialidade, justiça e não maleficência. O estudo cumpre as orientações da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo. E foi solicitado parecer à comissão de Ética da ULSAM para a realização deste estudo.

O contacto com as famílias foi previamente agendado e realizado presencialmente. Antes da participação, foram explicados, de forma escrita e verbal, os objetivos do estudo e procedimentos do estudo, tendo sido obtido consentimento livre, voluntário e esclarecido de todos os participantes.

2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas realizadas com famílias de crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Os dados são organizados de acordo com as dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção (MDAIF), estruturados em tabelas, de modo a evidenciar as características familiares, os diagnósticos de enfermagem, as forças e fragilidades, bem como as intervenções e os resultados observados ou esperados no contexto do cuidado e da gestão da PHDA. Pretende-se fornecer uma visão clara, sistematizada e fundamentada das evidências recolhidas, que servirão de base à discussão crítica e à reflexão sobre intervenções futuras em famílias com crianças com este diagnóstico.

2.3.1. Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo

A pesquisa teve como foco a avaliação e intervenção em famílias de crianças com PHDA, salientando o papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) na promoção da funcionalidade familiar. Os resultados foram organizados segundo as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 1 - Caracterização geral das famílias

		Família B.	Família S.	Família Z.
DIMENSÃO ESTRUTURAL	Tipo de família	Nuclear biparental	Nuclear monoparental	Nuclear biparental
	N.º de membros	4 (pai, mãe, 2 filhos)	2 (mãe, filho)	3 (pai, mãe, filho)
	Idade das crianças	P. (19), A. (12, com PHDA)	F. (12, com PHDA)	N. (15 anos, PHDA)
	Família extensa	Contacto diário via telefone com objetivo de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo	Contacto diário pessoalmente com objetivo de companhia social, apoio emocional, guia	Contacto diário via telefone com objetivo de companhia social, apoio emocional, guia

		e conselhos.	cognitivo e conselhos.	cognitivo e conselhos.
	Sistemas mais amplos	Rede de apoio pequena. - Atividades de lazer, apoio emocional conselhos com família do padrinho do A.; - Conflito com escola e colegas de rugby; - Ligações fortes com psicóloga, TF e colegas do clube de futebol.	Boa rede de apoio. - F. tem ligação forte com A., amigos da escolar, do futebol e do padel, avos maternos e ADECAS. - Sra. A com ligação forte com colegas de trabalho, pais, irmão e colegas de caminhada.	Rede de apoio pequena (imigrantes). Forte ligação com vizinhos e presidente de junta. N. tem forte ligação com colegas da escolar.
	Classe social	Classe média baixa	Classe média	Classe media baixa
	Edifício residencial	Moradia própria com barreiras arquitetónicas, com aquecimento central e gás de botija. 3 quartos	Moradia própria com barreiras arquitetónicas, com aquecimento local (lareira) e gás de botija. 4 quartos	Moradia própria com barreiras arquitetónicas, com ar condicionado e gás de botija. 2 quartos
	Sistema de abastecimento	Abastecimento de água de rede pública; Serviço de tratamento de resíduos de rede pública.	Abastecimento de água de rede pública; Serviço de tratamento de resíduos de rede pública.	Abastecimento de água de rede pública; Serviço de tratamento de resíduos de rede pública.
	Ambiente biológico	Sem animais de estimação.	Sem animais de estimação.	Sem animais de estimação.
DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO	Satisfação conjugal	Relação dinâmica: estão satisfeitos quanto à comunicação, como quanto à interação sexual tendo em conta o tempo) e não existem disfunções sexuais no casal.		Insatisfação quanto à dinâmica, à comunicação familiar e à interação sexual. Referem não existir disfunções sexuais.
	Planeamento Familiar	Casal não pretende ter mais filhos, utilizam método de barreira como contraceptivo por estarem satisfeitos com o mesmo e têm conhecimentos para a sua utilização. Têm conhecimentos no que respeita a reprodução.	Sra. A. tem conhecimentos sobre reprodução, métodos contraceptivos, fertilidade e vigilância pré concecional, sem companheiro desde nascimento do F.	Referem que tem conhecimentos sobre reprodução, métodos contraceptivos, fertilidade e vigilância pré concecional. utilizam método de barreira como contraceptivo por estarem satisfeitos com o mesmo e não querem ter mais filhos
	Papel Parental	Família com filhos adultos, ainda em adaptação, referem pouco tempo com a filha mais velha, mas compreendem ser normal. Consideram que ter um filho mais novo ajuda aliviar o sentimento de “ninho vazio”. Conflitos pontuais na decisão parental (tratamento medicamentoso do filho).	Não há conflitos nem saturação do papel. Pai do F. nunca esteve presente, papel exclusiva da Sra. A.	Família com filho adolescente. Não têm saturação de papel e estão em consenso.

DIMENSÃO FUNCIONAL	Processo Familiar	- Comunicação familiar: os membros não estão satisfeitos ao nível da comunicação emocional e circular - Coping familiar: quem expressa mais os sentimentos e tenta resolver é a Sra. M., mas sentem-se satisfeitos com a forma como resolvem os problemas; - Papeis familiares: Sr. D. É provedor, faz gestão financeira e cumpre papel recreativo. A Sra. M. cumpre papel cuidado doméstico. APGAR: família com moderada a acentuada disfunção (varia conforme o entrevistado) FACES II: família ligada, flexível e meio-termo.	- Comunicação familiar: os membros não estão satisfeitos com comunicação emocional. - Quanto ao coping familiar, interação de papeis e relação dinâmica, estão ambos satisfeitos. APGAR: família altamente funcional para ambos os entrevistados. FACES II: família ligada. Flexível e equilibrada.	- Comunicação familiar: os membros não estão satisfeitos ao nível da comunicação emocional e circular - Coping familiar: quem expressa mais os sentimentos e tenta resolver é a Sra. A., mas sentem-se satisfeitos com a forma como resolvem os problemas; - Papeis familiares: Sr. S. é provedor, a Sra A faz gestão financeira, cumpre papel recreativo e cumpre papel cuidado doméstico.
---------------------------	--------------------------	---	---	--

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados

	Família B.	Família S.	Família Z.
Diagnósticos de enfermagem	Processo Familiar disfuncional	Processo Familiar disfuncional	Satisfação conjugal não mantida Processo Familiar Disfuncional
Áreas críticas	Comunicação familiar não eficaz; Comunicação emocional não favorável. Conflito entre irmãos (A. e P.); dificuldades em gerir sentimentos; <i>bullying</i> escolar	Comunicação familiar não eficaz; Comunicação emocional não favorável Mãe sente que filho não expressa sentimentos; filho sente mãe intrusiva	Relação dinâmica disfuncional; Comunicação não eficaz; Interação sexual não adequada; Comunicação familiar não eficaz; Comunicação emocional não favorável Ausência prolongada do pai; falta de apoio terapêutico local; dificuldades de expressão emocional; conflitos conjugais

Dimensão Estrutural

De acordo com os dados apresentados nas Tabela 1 e 2, foram analisadas três famílias: duas do tipo nuclear biparental (Família B e Família Z) e uma nuclear monoparental (Família S).

As famílias biparentais têm redes de apoio reduzidas, com a família extensa geograficamente distante, e pertencem à classe média baixa. Em contraste, a família monoparental apresenta uma rede de apoio mais ampla e próxima, composta por avós e tios maternos, situando-se na classe média.

Todas as famílias vivem em moradia própria, com boas condições de habitabilidade, acesso a água e saneamento público, e referem não possuir animais de estimação. A rede de suporte informal varia: a Família B recorre principalmente à família do padrinho do A. e à psicóloga; a Família S beneficia do apoio regular de familiares e amigos; e a Família Z, sendo imigrante, conta com a solidariedade de vizinhos e do presidente da junta, apresentando boas relações comunitárias, embora enfrente barreiras linguísticas e culturais.

Dimensão do Desenvolvimento

Na dimensão de desenvolvimento, apenas duas famílias foram avaliadas quanto à satisfação conjugal, uma vez que a Família S é monoparental.

A Família B apresenta uma relação conjugal satisfatória, com comunicação adequada e ausência de disfunções sexuais, ainda que existam conflitos pontuais relacionados com as decisões sobre o tratamento do filho com PHDA.

Em contraste, a Família Z evidencia satisfação conjugal comprometida, com dinâmica disfuncional, comunicação conjugal ineficaz e ausência prolongada do pai, fatores que contribuem para a tensão e o afastamento emocional do casal.

No que respeita ao planeamento familiar, todas as famílias referiram possuir conhecimentos adequados sobre a reprodução e métodos contraceptivos, não manifestando intenção de ter mais filhos.

Relativamente ao papel parental, nenhuma família revelou saturação ou conflito significativo: a Família B mantém consenso entre os progenitores, a Família S exerce o papel materno de forma estável e autónoma, e a Família Z apresenta concordância quanto às responsabilidades parentais, apesar das ausências prolongadas do pai.

Dimensão Funcional

A análise da dimensão funcional revelou que, nas três famílias, o processo familiar é disfuncional, caracterizado principalmente por comunicação emocional não eficaz.

Na Família B, verifica-se dificuldade em reconhecer o impacto emocional das interações, especialmente entre irmãos, refletindo uma comunicação circular pouco assertiva.

Na Família S, tanto a mãe como o filho percecionam falta de escuta e expressão emocional limitada, traduzindo um padrão de comunicação ineficaz, embora o coping e a interação de papéis se mantenham adequados.

Na Família Z, identificou-se expressão emocional comprometida entre os membros, associada à ausência do pai e a uma comunicação conjugal pouco funcional, o que afeta a dinâmica global.

Em termos gerais, as três famílias apresentam coping familiar adequado, interação de papéis equilibrada e capacidade de adaptação, mas com fragilidades persistentes ao nível da comunicação emocional e da expressão de sentimentos.

Tabela 3 - Forças e fragilidades identificadas

		Família B.	Família S.	Família Z.
FORÇAS	Dimensão Estrutural	- Rendimento familiar suficiente. - Habitação própria, segura e confortável. - Abastecimento de água e rede de saneamento públicos.	- Rendimento familiar estável. - Moradia própria com boas condições de conforto. - Abastecimento de água e rede de saneamento públicos. - Rede de apoio próxima (avós e tio maternos).	- Rendimento familiar suficiente. - Habitação própria, segura e com boas condições. - Abastecimento de água e rede de saneamento públicos. - Suporte comunitário informal (vizinhos, presidente da junta).
	Dimensão do Desenvolvimento	- Relação conjugal satisfatória. - Consenso no papel parental. - Conhecimentos adequados sobre reprodução e métodos contraceptivos.	- Conhecimentos adequados sobre planeamento familiar. - Consenso no papel parental. - Boa relação entre mãe e filho em momentos de lazer.	- Conhecimento adequado sobre planeamento familiar. - Consenso no papel parental. - Intenção de manter estabilidade familiar.
	Dimensão Funcional	- Coping familiar adequado. - Interação de papéis equilibrada. - Relação dinâmica positiva.	- Coping familiar adequado. - Interação de papéis harmoniosa. - Relação dinâmica positiva.	- Coping familiar e interação de papéis adequados. - Capacidade de adaptação às ausências do pai.
FRAGILIDADES	Dimensão Estrutural	- Isolamento geográfico. - Rede de apoio limitada fora da família extensa.	- Estrutura familiar monoparental. - Dependência de familiares próximos para apoio.	- Rede familiar distante (Rússia). - Barreiras linguísticas. - Falta de continuidade dos cuidados terapêuticos após mudança de residência.
	Dimensão do Desenvolvimento	- Conflitos pontuais na decisão parental (tratamento medicamentoso do filho). - Pressão familiar externa nas decisões parentais.	- Ausência da figura paterna. - Isolamento emocional da mãe.	- Satisfação conjugal comprometida. - Ausência prolongada do pai (trabalho no estrangeiro). - Dificuldades na expressão emocional e comunicação conjugal.
	Dimensão Funcional	- Comunicação emocional não eficaz (especialmente entre irmãos). - Dificuldade em reconhecer o impacto emocional entre membros.	- Comunicação emocional não eficaz (mãe e filho sentem-se pouco ouvidos).	- Comunicação familiar e conjugal pouco eficaz. - Expressão emocional limitada.

Como esquematizado na tabela 3, foi possível identificar um conjunto de forças e fragilidades nas três famílias avaliadas, distribuídas pelas dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Forças identificadas

Família B:

- Dimensão Estrutural: Rendimento familiar suficiente, habitação própria com boas condições de segurança e acesso adequado a água e saneamento público.
- Dimensão de Desenvolvimento: Relação conjugal satisfatória e consenso entre os progenitores no exercício do papel parental.
- Dimensão Funcional: Coping familiar adequado e interação de papéis equilibrada, contribuindo para a estabilidade quotidiana da família

Família S:

- Dimensão Estrutural: Rendimento estável e presença de uma rede de apoio próxima e consistente, particularmente através dos avós e do tio materno.
- Dimensão de Desenvolvimento: Conhecimentos adequados sobre planeamento familiar e uma relação mãe-filho positiva em momentos de lazer e partilha.
- Dimensão Funcional: Coping familiar eficaz e interação harmoniosa de papéis, com ausência de saturação do papel parental.

Família Z:

- Dimensão Estrutural: Rendimento familiar suficiente e suporte comunitário informal relevante, assegurado por vizinhos e pelo presidente da junta de freguesia.
- Dimensão de Desenvolvimento: Conhecimento adequado sobre planeamento familiar e intenção explícita de manter estabilidade familiar.
- Dimensão Funcional: Coping familiar adequado e distribuição funcional de papéis, com capacidade de adaptação às ausências prolongadas do pai.

Fragilidades identificadas

Apesar das forças evidenciadas, emergiram também fragilidade em diferentes dimensões, algumas comuns às três famílias.

Família B:

- Dimensão de Desenvolvimento: Conflitos pontuais relativamente às decisões sobre o tratamento do filho, demonstrando necessidade de reforçar o alinhamento parental.
- Dimensão Funcional: Dificuldades consistentes na comunicação emocional, com fraca perceção do impacto que estas interações têm na dinâmica familiar, sobretudo entre irmãos.

Família S:

- Dimensão Funcional: Fragilidade centrada na comunicação emocional, com ambos os membros a relatarem a sensação de não serem ouvidos, interferindo com a qualidade das interações quotidianas.

Família Z:

- Dimensão de Desenvolvimento: Relação conjugal comprometida, marcada por comunicação inadequada e agravada pela ausência prolongada do pai, afetando a estabilidade relacional.
- Dimensão Funcional: Expressão de sentimentos comprometida, com dificuldades na comunicação familiar que resultam em tensão relacional e menor coesão afetiva.

Tabela 4 - Intervenções e resultados esperados/obtidos

		Família B.	Família S.	Família Z.
DIMENSÃO ESTRUTURAL	Intervenções	- Incentivar manutenção das condições de segurança habitacional. - Promover contacto com vizinhos e comunidade para reduzir isolamento.	- Reforçar rede de apoio existente (avós e tio). - Promover integração em atividades comunitárias.	- Facilitar integração local (articulação com Junta e serviços sociais). - Apoiar reativação do acompanhamento terapêutico do filho.
	Resultados Observados/Esperados	- Manutenção de boas condições habitacionais e de segurança. - Redução parcial do isolamento familiar.	- Consolidação da rede de apoio familiar. - Aumento da participação social e de lazer.	- Melhoria na integração comunitária. - Retoma do acesso a acompanhamento terapêutico.
DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO	Intervenções	- Promover diálogo entre o casal sobre decisões parentais. - Reforçar consenso parental nas decisões de tratamento do filho.	- Apoiar a mãe na gestão do papel parental sem sobrecarga. - Estimular partilha emocional mãe-filho em momentos de lazer.	- Motivar redefinição da divisão de tarefas domésticas. - Promover comunicação expressiva no casal. - Planear atividades e rituais familiares.
	Resultados Observados/Esperados	- Aumento do consenso parental e redução de conflitos	- Maior segurança no papel parental e redução de	- Início de melhoria na relação conjugal e maior envolvimento

		na gestão da PHDA.	sentimentos de saturação.	do casal nas tarefas.
DIMENSÃO FUNCIONAL	Intervenções	- Promover comunicação expressiva das emoções. - Facilitar rituais familiares e momentos de partilha. - Otimizar assertividade entre membros (A. e P.).	- Promover comunicação emocional aberta entre mãe e filho. - Desenvolver rituais familiares semanais. - Trabalhar narrativas alternativas para reconstrução positiva da relação.	- Promover comunicação familiar e conjugal assertiva. - Envolver família em momentos de lazer conjunto. - Reforçar estratégias de coping familiar.
	Resultados Observados/Esperados	- Melhoria gradual da comunicação emocional. - Maior empatia entre irmãos. - Envolvimento familiar mais coeso.	- Melhoria na expressão emocional e empatia mútua. - Redução de tensão e aumento do diálogo mãe-filho.	- Maior consciência das dificuldades comunicacionais. - Envolvimento progressivo em interações familiares positivas. - Necessidade de acompanhamento psicológico continuado.

Como apresentado na Tabela 4, foram implementadas intervenções dirigidas às diferentes dimensões do MDAIF, ajustadas às necessidades específicas de cada família. De forma transversal, em todas as famílias foram realizadas intervenções centradas na promoção da comunicação expressiva das emoções, na otimização da comunicação familiar e no planeamento de rituais familiares, reconhecendo-se estes elementos como fundamentais para reforçar a coesão e funcionalidade familiar.

Na Família Z, além dessas intervenções, tornou-se necessário intervir ao nível da organização familiar e da dinâmica conjugal. Foi trabalhada a redefinição de tarefas domésticas, estimulada a melhoria da comunicação entre o casal e efetuada a referenciação psicologia e pedopsiquiatria, dada a necessidade de apoio terapêutico especializado.

De modo global, após a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), observaram-se melhorias na comunicação emocional, na consciência relacional e no envolvimento dos membros em atividades partilhadas, ainda que em ritmos distintos entre as famílias.

Resultados por família

Família B

Espera-se a redução dos conflitos associados à gestão da PHDA, uma maior convergência parental nas decisões terapêuticas e o reforço da comunicação emocional, sobretudo entre irmãos. Prevê-se ainda o aumento do envolvimento social, a ampliação progressiva da rede de apoio e a continuidade de rituais familiares facilitadores da coesão.

Família S

Prevê-se o reforço da participação social, a consolidação das rotinas de lazer mãe-filho e a criação de rituais familiares estruturados, para promover a previsibilidade e segurança emocional. A melhoria da comunicação emocional deverá favorecer a percepção de escuta mútua e reduzir a sensação de intrusão ou afastamento entre ambos.

Família Z

Espera-se a melhoria gradual da relação conjugal, com maior envolvimento do pai na dinâmica familiar e uma distribuição mais equilibrada das tarefas. A continuidade do acompanhamento psicológico e pedopsiquiátrico deverá contribuir para o equilíbrio emocional do filho, reduzir tensões familiares e fortalecer a comunicação e o suporte mútuo.

2.3.2. Análise e discussão dos resultados

A análise das famílias participantes evidencia a complexidade das dinâmicas familiares quando existe uma criança com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), confirmando o impacto significativo deste distúrbio no sistema familiar como um todo (Barkley, 2002; DuPaul & Stoner, 2014). A avaliação da dimensão estrutural revelou que, apesar de todas as famílias disporem de habitação adequada e de recursos básicos assegurados, as redes de apoio diferem de forma expressiva, sendo mais restritas nas famílias biparentais e mais presentes na família monoparental. Estes resultados reforçam a importância do contexto social e das redes de suporte na gestão da PHDA, tal como descrito por Chronis-Tuscano e Stein (2012), evidenciando que o apoio social contribui um fator protetor e promotor da resiliência familiar face aos desafios associados à perturbação.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, observou-se que os conflitos parentais e a ausência de um dos progenitores têm impacto direto na dinâmica familiar, particularmente evidente na Família Z. Estes achados corroboram a literatura que aponta a PHDA como um fator potenciador de sobrecarga parental e tensão conjugal (Johnston & Mash, 2001; Patterson, 1988). A diminuição da satisfação conjugal em contextos marcados por comunicação ineficaz associa-se a menor coesão familiar e a dificuldades acrescidas na gestão dos comportamentos da criança com PHDA, reforçando a necessidade de intervenções orientadas para a capacitação parental e a fortalecimento das estratégias de coping familiar (Fabiano et al., 2012).

A tomada de decisão relativamente ao tratamento medicamentoso constitui igualmente um momento crítico na dinâmica parental, como observado na família B, sobretudo quando

existem múltiplas opiniões e informações provenientes da rede de apoio próxima. Este dado é corroborado por Barkley (2002) e Johnston & Mash (2001), que salientam que o stress parental pode ser exacerbado pela falta de conhecimento e compreensão sobre a patologia, não apenas no seio da família nuclear, mas também na família alargada, amigos e contexto educativo.

A PHDA influencia a dinâmica familiar de forma bidirecional, uma vez que os comportamentos das crianças afetam o funcionamento da família e, simultaneamente, o clima familiar influencia a manifestação e gestão desses comportamentos. Esta interação reflete-se, sobretudo, em constrangimentos na comunicação intrafamiliar, com aumento de conflitos e dificuldade na expressão e validação emocional entre os membros da família.

A análise da dimensão funcional evidenciou que todas as famílias apresentam algum grau de disfunção na comunicação emocional, confirmando que a PHDA interfere de forma significativa no funcionamento familiar global (Barkley, 2015). A comunicação ineficaz, a dificuldade na expressão emocional e a perceção de não ser ouvido, identificadas nas Famílias B, S e Z, encontram enquadramento no Modelo de Stresse Familiar de Patterson (1988), segundo o qual a acumulação de tensões compromete o bem-estar dos membros e a capacidade adaptativa do sistema familiar.

Adicionalmente, a relação da criança com PHDA com os pares surge como um fator relevante na dinâmica familiar, nomeadamente quando ocorrem situações de *bullying* em contexto escolar ou em atividades de lazer. Estas experiências acarretam maior dificuldade na gestão emocional. Tanto para a criança como para a família, reforçando a importância de uma comunicação eficaz entre escola e família. A articulação entre estes contextos permite o desenvolvimento de estratégias conjuntas que favoreçam a integração da criança com os pares, corroborando DuPaul e Stoner (2014), que destacam os desafios da PHDA para crianças, famílias e educadores.

As intervenções implementadas pelo EEESF, fundamentadas no MDAIF de Figueiredo (2012), revelaram-se eficazes na melhoria da comunicação familiar, da expressão emocional e do envolvimento dos membros da família. Os ganhos observados após a intervenção, nomeadamente o aumento da participação social, a redistribuição mais equilibrada de tarefas e a otimização da comunicação conjugal, evidenciam a relevância de uma abordagem centrada na família, que reconhece a PHDA não apenas como uma condição individual, mas como um fator de impacto sistémico. Estes resultados encontram

consonância com a literatura que sublinha a eficácia de intervenções familiares estruturadas e adaptadas às necessidades específicas de cada núcleo (Figueiredo et al., 2017; Santos & Maduro, 2023).

Para além da promoção de estratégias de comunicação emocional, as intervenções do EEESF incluíram a organização de atividades e rituais familiares promotores de coesão e participação ativa de todos os membros. No caso da Família Z, a implementação de rituais familiares e o maior envolvimento do pai nos processos de decisão revelaram-se determinantes para a redução da tensão conjugal e fortalecimento da coesão familiar. O EEESF assumiu, assim, um papel central enquanto mediador entre a família e os serviços de saúde, promovendo simultaneamente o empoderamento familiar, a autonomia e a capacitação dos membros na gestão da PHDA e no cuidado emocional da criança.

A identificação de forças familiares, como condições habitacionais adequadas, conhecimento sobre planeamento familiar e estratégias de *coping* funcional, evidencia que os recursos internos existentes podem ser potenciados através de intervenções dirigidas. Este aspeto reforça o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar enquanto educador, facilitador e promotor da resiliência familiar (Stanhope & Lancaster, 2008). Por outro lado, as fragilidades identificadas, nomeadamente os conflitos parentais e a comunicação emocional deficitária, sinalizam áreas prioritárias para intervenção continuada, em especial na Família Z, onde a ausência prolongada do pai e a disfunção conjugal representam desafios acrescidos à promoção da saúde familiar.

Em síntese, os resultados deste estudo corroboram a relevância do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como ferramenta estruturante da prática do EEESF, que permite uma avaliação integral, contextualizada e adaptativa das famílias. A utilização do MDAIF possibilitou a implementação de intervenções individualizadas, orientada para o fortalecimento de recursos e competências familiares, contribuindo para a promoção do bem-estar biopsicossocial dos seus membros (Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022).

Importa salientar que, apesar de todas as famílias integrarem uma criança com diagnóstico de PHDA, as manifestações da perturbação e o seu impacto na dinâmica familiar assumiram expressões distintas, refletindo a singularidade de cada sistema familiar. A natureza qualitativa do estudo e o reduzido número de famílias constituem limitações à

generalização dos resultados; contudo, permitem uma compreensão aprofundada, contextualizada e sistemática das dinâmicas familiares associadas à PHDA. Neste sentido, os achados reforçam a importância de intervenções especializadas, sustentadas em modelos teóricos robustos, que considerem a família como unidade de cuidado e promovam respostas ajustadas às necessidades específicas de cada contexto familiar.

2.3.3. Conclusões do estudo

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção constitui uma condição do neurodesenvolvimento com impacto significativo não apenas na criança, mas em todo o sistema familiar, influenciando a sua estrutura, funcionamento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital. O presente estudo teve como questão de investigação compreender qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) nas famílias de crianças diagnosticadas com PHDA, tendo como objetivos avaliar o funcionamento familiar segundo as dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e analisar o impacto da intervenção do EEESF na dinâmica e funcionalidade familiar.

Os resultados evidenciam que, apesar de todas as famílias integrarem uma criança com PHDA, o impacto da perturbação assume formas distintas, refletindo a singularidade de cada sistema familiar. Verificou-se que famílias biparentais e monoparentais enfrentam desafios específicos, nomeadamente na gestão do comportamento da criança e na comunicação intrafamiliar e na manutenção do equilíbrio conjugal. A variabilidade observada reforça a necessidade de uma avaliação individualizada e contextualizada, que considere os recursos, fragilidades e trajetórias de cada família.

As redes de apoio social, o planeamento familiar, a existência de rituais familiares e estratégias de coping funcional emergem como fatores protetores, que contribuem para a resiliência familiar e podem atenuar o impacto negativo da PHDA. Estes elementos revelam-se fundamentais na promoção do bem-estar biopsicossocial da família e na sua capacidade de adaptação às exigências associadas à condição da criança.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), demonstrou-se eficaz na promoção da comunicação emocional, na redução de conflitos, no fortalecimento das

relações familiares e na organização de papéis, tarefas e rituais familiares. A abordagem centrada na família, ajustada às suas necessidades específicas, revelou-se essencial para promover ganhos em saúde familiar, evidenciando que a PHDA deve ser compreendida e intervencionada como uma condição de impacto sistémico e não exclusivamente individual.

Os resultados indicam ainda que famílias com maior fragilidade estrutural e funcional beneficiam particularmente de intervenções prolongadas e articuladas, incluindo a referência a serviços especializados, como a psicologia e pedopsiquiatria, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e integrada na gestão da PHDA.

Este estudo reforça, assim, a importância do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico-operativo na prática de enfermagem de saúde familiar, permitindo uma avaliação abrangente das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Demonstra também o papel central do EEESF enquanto mediador, educador e facilitador de processos de mudança, que atua como elo entre a família, a escola e os serviços de saúde na promoção da capacitação, autonomia e resiliência familiar.

Apesar dos contributos apresentados, o estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o reduzido número de famílias incluídas, o que condiciona a generalização dos resultados e o período de acompanhamento limitado que não permite avaliar o impacto das intervenções a longo prazo. Ainda assim, a natureza qualitativa do estudo possibilitou uma compreensão aprofundada e contextualizada das dinâmicas familiares, constituindo uma mais-valia para a prática clínica.

No que respeita às implicações para a prática de enfermagem, destacam-se:

- a importância da implementação de intervenções familiares regulares em contexto de PHDA;
- a utilização sistemática de instrumentos de avaliação padronizados, como o MDAIF;
- o desenvolvimento de estratégias de apoio dirigidas não apenas aos pais, mas também aos irmãos e outros membros da família;

- o reforço da cooperação interdisciplinar entre enfermagem, psicologia, escola e medicina;
- a promoção da formação contínua dos enfermeiros em enfermagem de saúde familiar e avaliação sistémica.

No que respeita à investigação futura, torna-se pertinente:

- O desenvolvimento de estudos com amostras mais alargadas e diversificadas, aumentando a validade externa dos resultados;
- Investigações com seguimento longitudinal que permitam avaliar o impacto das intervenções do EEESF ao longo do tempo;
- Exploração da eficácia de estratégias combinadas (psicológicas, educativas e farmacológicas) na melhoria da dinâmica familiar constitui igualmente uma área relevante a aprofundar.

Em suma, este estudo evidencia que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, sustentada em modelos teóricos robustos como o MDAIF, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde familiar em contextos de PHDA, contribuindo para famílias mais competentes, resilientes e capacitadas para enfrentar os desafios associados à condição.

3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

O Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018), constituiu o principal referencial orientador do presente estágio, funcionando não apenas como enquadramento normativo, mas também como guia estruturante da reflexão crítica da construção progressiva da prática especializada. Ao longo deste percurso formativo, o desenvolvimento das competências comuns e específicas ocorreu de forma gradual, reflexiva e integrada, permitindo a consolidação de uma identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

A vivência em contexto real de prática clínica possibilitou uma compreensão mais profunda do papel do EEESF na prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados. Contudo, esta compreensão revelou também que a intervenção especializada não se esgota nas competências específicas da área, sendo sustentada pelas competências comuns do enfermeiro especialista, designadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que se manifestaram de forma transversal em todas as situações vivenciadas.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a prática desenvolvida implicou uma tomada de decisão consciente e fundamentada em contextos de elevada complexidade. A situação de uma utente em processo de luto, com sobrecarga decorrente do cuidado da neta após o falecimento da nora, constituiu um exemplo paradigmático. A referenciação para consulta de psicologia não foi uma decisão meramente técnica, mas antes um processo ético de deliberação, no qual se ponderaram os benefícios da intervenção, o respeito pela autonomia da utente e a sua disponibilidade para aceitar apoio. Este processo evidenciou a necessidade de o enfermeiro especialista assumir uma postura crítica e responsável, garantindo cuidados eticamente sustentados e centrados na pessoa.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, a experiência em contexto de estágio evidenciou que a qualidade dos cuidados não depende exclusivamente da aplicação de normas ou protocolos, mas da capacidade de os adaptar às realidades concretas. A intervenção junto de casais idosos a viverem em contexto de isolamento

geográfico e precariedade habitacional revelou limitações na aplicabilidade de determinados padrões de cuidados. Nestes casos, a negociação em saúde assumiu-se como estratégia central, permitindo ajustar intervenções às condições reais da família, promovendo ganhos em saúde possíveis e sustentáveis. A avaliação contínua dos resultados e a reformulação das estratégias adotadas reforçaram uma prática orientada para a melhoria contínua, ainda que condicionada pelos determinantes sociais da saúde.

No domínio da gestão dos cuidados, a experiência de estágio permitiu reconhecer o papel do enfermeiro especialista na articulação, priorização e coordenação das respostas em saúde dirigidas à família. A referenciação da utente em situação de luto para consulta de psicologia constituiu um exemplo concreto de gestão integrada de cuidados, exigindo conhecimento dos recursos disponíveis, capacidade de articulação com a equipa multidisciplinar e tomada de decisão centrada na adequação da resposta às necessidades identificadas. Do mesmo modo, a intervenção junto de famílias em situação de isolamento e vulnerabilidade evidenciou a necessidade de gerir cuidados de forma flexível, conciliando recursos limitados com necessidades complexas, o que implicou uma constante redefinição de prioridades e uma gestão criteriosa do acompanhamento em enfermagem.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o estágio constituiu um espaço privilegiado de reflexão crítica e construção progressiva de conhecimento. A análise sistemática das situações vivenciadas, nomeadamente em contextos de elevada complexidade emocional e social, permitiu identificar áreas de desenvolvimento pessoal e profissional, bem como consolidar competências clínicas e relacionais. A reflexão sobre a prática, sustentada na evidência científica e na supervisão clínica, contribuiu para o desenvolvimento de uma atitude investigativa e de melhoria contínua. Este processo favoreceu a consolidação de uma identidade profissional mais autónoma, crítica e consciente, reforçando a importância da aprendizagem ao longo da vida enquanto elemento estruturante da prática do enfermeiro especialista.

No âmbito da *Unidade de Competência 1.1 – Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção da doença e o controlo de situações complexas*, a construção de uma relação terapêutica revelou-se um dos pilares fundamentais da intervenção em enfermagem de saúde familiar. Ao longo do estágio, fui adquirindo maior

consciência da importância da comunicação, da escuta ativa e do respeito pela singularidade de cada família. A aplicação do Modelo de Cuidar Baseado nas Forças permitiu-me recentrar a intervenção nas potencialidades familiares, promovendo a autonomia e a corresponsabilização das famílias na definição e concretização dos seus objetivos de saúde. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante na situação da família em processo de luto, na qual a utente assumiu subitamente o papel de cuidadora principal da neta após o falecimento da nora, evidenciando sinais de sofrimento emocional e sobrecarga. Através da relação terapêutica estabelecida, foi possível identificar necessidades não verbalizadas e promover um espaço de escuta e apoio, respeitando sempre os princípios éticos da autonomia e dignidade da pessoa.

Relativamente à *Unidade de Competência 1.2 – Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família*, a utilização sistemática do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) representou um momento de aprendizagem significativo. A realização de avaliações familiares, tanto no âmbito do estudo empírico como na prática clínica em consulta, permitiu-me desenvolver uma visão mais holística e estruturada da família. No caso anteriormente referido, a avaliação permitiu identificar não só a sobrecarga do papel parental assumido pela avó, mas também o impacto emocional do luto no sistema familiar, o que sustentou a tomada de decisão clínica. A documentação no sistema SClínico e o planeamento de intervenções ajustadas reforçaram a importância da continuidade e qualidade dos cuidados, evidenciando competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

No que respeita à *Unidade de Competência 1.3 – Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas*, o acompanhamento das famílias permitiu-me aprofundar a compreensão das transições situacionais associadas aos processos de saúde/doença. A análise do histórico familiar e dos padrões de resposta revelou-se essencial para ajustar a intervenção. No caso da utente em situação de luto, a monitorização do seu estado emocional e da sua capacidade de adaptação ao novo papel familiar permitiu ajustar intervenções e avaliar a necessidade de apoio diferenciado, evidenciando uma prática clínica sensível e centrada na pessoa.

A *Unidade de Competência 1.4 – Desenvolve a prática de enfermagem de saúde familiar baseada na evidência científica* esteve presente de forma transversal ao longo de todo o

estágio. A necessidade de fundamentar as decisões clínicas levou-me a uma pesquisa bibliográfica contínua, nomeadamente no âmbito da intervenção em processos de luto e sobrecarga do cuidador, permitindo sustentar a decisão de referenciação da utente para consulta de psicologia. Esta decisão integrou não apenas o conhecimento científico, mas também princípios éticos e de boa prática clínica.

No âmbito da *Unidade de Competência 1.5 – Intervém de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família, em situações complexas*, a participação ativa das famílias na construção dos projetos de saúde revelou-se essencial. No exemplo referido, a negociação com a utente relativamente à necessidade de apoio psicológico e a sua inclusão no processo de decisão permitiram promover maior adesão à intervenção e reforçar a sua capacitação, evidenciando uma prática colaborativa.

Relativamente à *Unidade de Competência 1.6 – Facilita a resposta da família em situação de transição complexa*, o contacto com famílias em diferentes momentos do seu percurso evidenciou a importância de reconhecer e valorizar as forças familiares. A intervenção junto da família em luto permitiu identificar recursos internos e externos, promovendo estratégias de adaptação e reorganização familiar face à nova realidade.

A *Unidade de Competência 1.7 – Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar* foi desenvolvida através da reflexão sistemática sobre a prática e da articulação com a equipa multidisciplinar da USF Vale do Vez. A referenciação da utente para psicologia constituiu também um exemplo concreto de gestão e articulação de cuidados, evidenciando competências comuns no domínio da gestão dos cuidados e do trabalho em equipa, fundamentais para garantir uma resposta integrada e adequada às necessidades identificadas.

No que concerne à *Unidade de Competência 1.8 – Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem*, a valorização da opinião das famílias revelou-se essencial. No acompanhamento da utente, a avaliação do impacto da referenciação e do apoio prestado permitiu ajustar o plano de cuidados, reforçando a importância da avaliação contínua e da melhoria da qualidade dos cuidados.

Para além das competências associadas ao cuidado direto, o estágio permitiu desenvolver uma compreensão mais alargada do papel do EEESF na liderança, articulação e gestão de

cuidados. No âmbito da *Unidade de Competência 2.1 – Articula com outras equipas de saúde*, a referenciação para consulta de psicologia e a articulação com outros profissionais de saúde evidenciaram a importância do trabalho interdisciplinar, assegurando a continuidade e integralidade dos cuidados. Este processo exigiu uma tomada de decisão fundamentada, ética e centrada nas necessidades da utente e da família.

Por fim, relativamente à *Unidade de Competência 2.2 – Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção*, a participação em atividades de planeamento e a integração proativa na equipa permitiram reconhecer o impacto do EEESF na organização dos cuidados. A gestão adequada dos recursos e a priorização das intervenções demonstraram o desenvolvimento de competências ao nível da gestão e da qualidade dos cuidados.

Em síntese, este processo formativo constituiu um percurso de crescimento sustentado, no qual a prática clínica, a reflexão crítica e a evidência científica se articularam de forma contínua. O desenvolvimento das competências do EEESF foi construído de forma progressiva e consciente, permitindo-me encerrar este estágio com maior segurança, autonomia e responsabilidade profissional, e com uma visão mais clara, crítica e fundamentada do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde e do bem-estar das famílias.

CONCLUSÃO GERAL

A elaboração do presente relatório de estágio marca o encerramento de um percurso formativo profundamente significativo, que representou muito mais do que a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos. Constituiu um processo contínuo de aprendizagem, reflexão e transformação pessoal e profissional, no qual fui construindo, de forma progressiva e consciente, a minha identidade enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

O contexto de prática clínica revelou-se determinante para este crescimento, proporcionando experiências reais e diversificadas junto das famílias acompanhadas em cuidados de saúde primários. Conhecimento prévio da equipa da USF Vale do Vez, decorrente de estágios realizados durante a licenciatura, constitui um fator facilitador para que me sentisse confortável e confiante na prática clínica. Permitiu-me compreender a complexidade da intervenção em saúde familiar, a importância da proximidade com as famílias e o valor do trabalho em equipa multidisciplinar. Este contexto favoreceu o desenvolvimento de uma prática mais segura, intencional e centrada na família, permitindo-me reconhecer o impacto efetivo da intervenção do EEESF na promoção da saúde e na adaptação das famílias às diferentes transições do ciclo vital.

O estudo empírico desenvolvido ao longo do estágio assumiu-se como um instrumento formativo fundamental, funcionando como um meio privilegiado de reflexão sobre a prática e não como um fim em si mesmo. A sua realização incentivou-me a questionar, analisar e fundamentar as minhas intervenções, promovendo uma articulação constante entre teoria, evidência científica e prática clínica. Este processo contribuiu para uma compreensão mais aprofundada da PHDA enquanto condição de impacto sistémico e para o reconhecimento da importância da abordagem familiar na intervenção em enfermagem.

Ao longo do estágio, fui desenvolvendo e consolidando as competências comuns e específicas do EEESF, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Destaco, em particular, a capacidade de estabelecer relações terapêuticas com as famílias, realizar avaliações familiares estruturadas, intervir em situações de maior complexidade e monitorizar os resultados das intervenções de enfermagem. Este desenvolvimento foi sustentado por uma prática reflexiva contínua, que me permitiu identificar progressos, reconhecer limitações e ajustar a minha intervenção de forma consciente e fundamentada.

A integração do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) revelou-se um elemento estruturante da minha prática clínica, proporcionando-me uma visão holística e sistémica da família enquanto unidade de cuidados. A sua aplicação permitiu-me organizar o pensamento clínico, orientar a tomada de decisão e planejar intervenções mais adequadas às necessidades específicas de cada família, reforçando a sua relevância enquanto referencial essencial na enfermagem de saúde familiar.

Este percurso formativo trouxe contributos significativos para a minha prática profissional futura, reforçando a importância de uma abordagem centrada na família. Sinto-me hoje mais consciente do papel do EEESF enquanto mediador, educador e facilitador de processos de mudança, bem como da necessidade de uma intervenção articulada com outros profissionais, a escola e a comunidade.

Reconheço que o percurso realizado apresentou algumas limitações, nomeadamente o tempo disponível para acompanhamento das famílias e a complexidade das situações vivenciadas. Contudo, estas limitações constituíram oportunidades de aprendizagem e reflexão, permitindo-me desenvolver competências de adaptação, pensamento crítico, resiliência e tomada de decisão, fundamentais à prática especializada.

Em termos pessoais e profissionais, este estágio representou um marco determinante no meu desenvolvimento enquanto enfermeira, fortalecendo valores, atitudes e competências que sustentam uma prática ética, reflexiva e humanizada. Encerro este percurso com um sentimento de crescimento, responsabilidade e compromisso com a enfermagem de saúde familiar, consciente de que a aprendizagem é contínua e de que o papel do EEESF é essencial na promoção da saúde, do bem-estar e da funcionalidade das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.). American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Artmed.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (2017). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos desafios*. PACTOR.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Chronis-Tuscano, A., & Stein, M. A. (2012). Family and school-based interventions for children with ADHD. *School Psychology Review*, 41(1), 83–89.
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H. A., Clarke, T. L., Rooney, M. E., & Seymour, K. E. (2011). The relation between maternal ADHD symptoms and improvement in child behavior following parent training. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1237–1247. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9518-2>
- Conrad, P., & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31–43.
- Cortese, S. (2020). *Pharmacologic and non-pharmacologic treatment for ADHD in children and adolescents: an updated systematic review of meta-analyses*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 412–431.
- Dos Santos, A. M., & Vieira, C. M. (2020). O papel do enfermeiro na abordagem à criança com PHDA: Perspetiva da família. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–10.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Evans, S. W., Owens, J. S., Cleminshaw, C. L., Kipperman, K., Fu, Q., & Benson, K. (2021). *Intervenção escolar para adolescentes com transtorno de*

- déficit de atenção/hiperatividade: efeitos no funcionamento acadêmico*. *Journal of School Psychology*, 87, 48-63.
- Fabiano, G. A., Chacko, A., Pelham, W. E., Robb, J. A., Walker, K. S., Wymbs, B. T., & Pirvics, L. (2012). A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with ADHD. *Behavior Therapy*, 43(4), 618–630. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.05.002>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? *JAMA Psychiatry*, 73(7), 655–656.
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0099-0>
- Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, CA, Hollis, C., ... & Buitelaar, JK (2024). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Primer)*. Avaliações da natureza. Cartilhas sobre doenças, 10 (1), 11.
- Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). *Revisão para profissionais: Desregulação emocional no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – implicações para o reconhecimento e intervenção clínica*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 60 (2), 133-150.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Silva, R., Andrade, C., Brás, M. A., & Oliveira, P. (2017). Impacto do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar nos ganhos em saúde para as famílias. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (5.ª ed.). Lusociência.

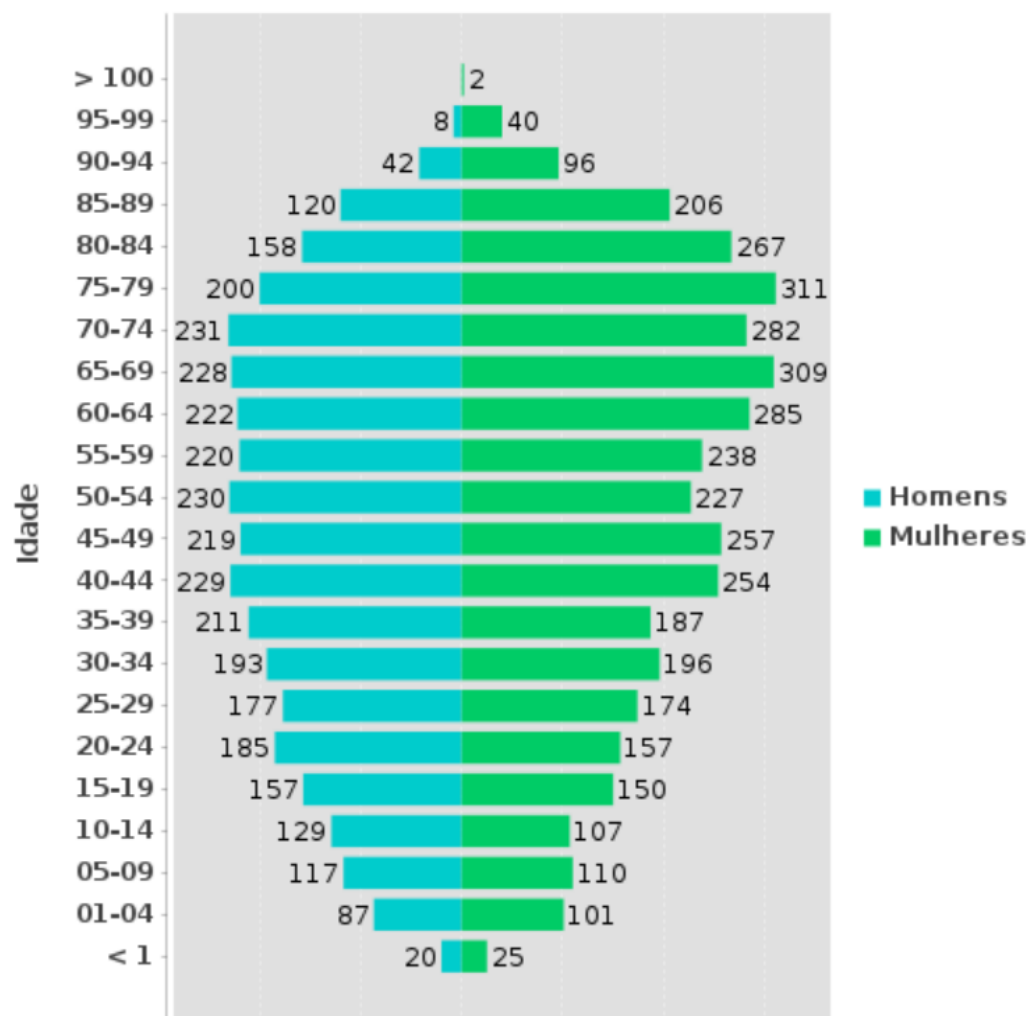
- Gimeno, A. (2003). *A família: O desafio da diversidade*. Instituto Piaget.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455–459.
- Hanson, S., & Kaakinen, J. (2005). Fundamentos teóricos para a enfermagem de família. In S. Hanson (Ed.), *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (pp. 329–350). Lusociência.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59(8), 465–476.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Kuhne, G. W., & Quigley, B. A. (1997). Understanding and using action research in practice settings. In B. A. Quigley & G. W. Kuhne (Eds.), *Creating practical knowledge through action research: Posing problems, solving problems, and improving daily practice* (pp. 23–40). Jossey-Bass.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, & illness* (pp. 21–63). Mosby.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). New York: W.W. Norton.
- Meleis, A. I. (2015). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Miranda, A., Presentación, M. J., Soriano, M., & Fernández, M. I. (2015). School-based interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 432–444. <https://doi.org/10.3390/educsci15091225>

- Mota, A., & Gaspar, T. (2019). O papel do enfermeiro na promoção da saúde mental infantil: Intervenção junto de crianças com PHDA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21, 23–30.
- Mulder, M. J., Baeyens, D., Davidson, M. C., Casey, B. J., Den Ban, E. V., Van Engeland, H., et al. (2008). Familial vulnerability to ADHD affects activity in the cerebellum in addition to the prefrontal systems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 68–75.
- Olson, D. H., Bell, R. Q., & Portner, J. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations on primary health care*. World Health Organization.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: The Family Adjustment and Adaptation Response Model. *Family Systems Medicine*, 5(2), 202–237. <https://doi.org/10.1037/h0089739>
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, G., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442.
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217–228.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.011>
- Regulamento n.º 126/2011. (2011). *Diário da República*, n.º 35, Série II de 18 de fevereiro de 2011.

- Regulamento n.º 428/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde familiar*. Diário da República, n.º 135, Série II de 16 de julho de 2018.
- Santos, S., & Maduro, B. (2023). *Aplicabilidade do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prestação de cuidados de enfermagem*. *Servir*, 2(01e), 54. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31597>
- Silva, S., Figueiredo, M. H., & Melo, P. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar e interações terapêuticas com uma família: Um estudo de caso. In *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (p. 291). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de saúde pública* (7.ª ed.). Lusociência.
- Tamm, L., Adinoff, B., Nakonezny, P. A., Winhusen, T., & Riggs, P. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes in adolescents with comorbid substance-use disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(1), 93–100.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135, 994–1001.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991–1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th rev.).
- Wright, M. L., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed.). F.A. Davis Company.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis Company.

Yin, R. (2005). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman.

ANEXO I – Pirâmide etária dos utentes USF Vale do Vez



NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRUPO	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSICÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	• Industriais e Comerciantes • Gestores de topo do sector público ou privado (>500 empregados) • Professores Universitários (com Licenciamento) • Engenheiros/General/Manchall • Profissões liberais de topo • Altas funções públicas	• Licenciatura • Mestrado • Doutoramento	• Lucros de empresas, de propriedades • Heranças • Rendimentos profissionais de elevado nível	• Casa ou andar luxuoso, espaços e mobiliário de conforto	• Zona intermédia elegante	5 ▲ ↓ 9	4 ▲ ↓ 7	3 ↓ 6	I CLASSE ALTA DATA: / /
2	• Médicos Industriais e Comerciantes • Dirigentes de médias empresas • Agricultores / Proprietários • Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado • Oficiais das Forças Armadas • Profissões liberais • Professores Ens. Básico • Professores Ens. Secundário • Professores Universitários (w/ Licenciamento)	• Bacharelato ou Curso Superior curta duração > 3 anos	• Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional)	• Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	• Bem local	13 ▲ ↓ 13	8 ▲ ↓ 10	4 ▲ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA: / /
3	• Eng. Industriais e Comerciantes • Quadros médios: Chefes de Secção • Emp. Escritório (grau 7) • Médicos agrícolas • Sargentos e equipados	• 12º Ano • Nove ou mais anos de escolaridade	• Vencimentos certos	• Casa ou andar em bom estado de conservação: cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	• Zona intermédia	14 ▲ ↓ 17	11 ▲ ↓ 13	7 ▲ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: / /
4	• Eng. Agrónomos/Rendentes • Emp. Escritório (grau 4) • Operários semi-qualificados • Funcionários públicos e membros das F.A. ou militares de nível 4	• Escolaridade > 4 anos e < 9 anos	• Remunerações c/ ao salário mínimo nacional • Pensionistas ou Reformados • Vencimentos incertos	• Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	• Bairro social / operário • Zona antiga	16 ▲ ↓ 21	14 ▲ ↓ 16	10 ▲ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: / /
5	• Assalariados agrícolas • Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	• Não sabe ler ou escrever • Escolaridade < 4 anos	• Assistência (subsídios) - RMG	• Impertório (barraca, andar ou outro) • Coabitação de várias famílias em situação de precariedade	• Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ↓ 25	17 ▲ ↓ 20	13 ▲ ↓ 16	V CLASSE BAIXA DATA: / /

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº 8 Manuel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1995 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amorim

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

(eliminar o que não se adequa)

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além da essencial (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 – – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5 – + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

N. º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	63
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de familiar	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	30
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança na situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança do tipo de trabalho	36
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um empréstimo	30
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29

N.º	Acontecimento	Valor médio
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
25	Acentuado sucesso pessoal	29
26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
27	Início ou fim da escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições/horário de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de diversões	19
35	Mudança de atividade religiosa	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no n.º de reuniões familiares	15
40	Mudança dos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões	11

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional 4 a 6 – Família com moderada disfunção 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 10/2024 -CES	Pág. 1 de 3
--	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 06 de 22/01/2024	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção- Impacto da avaliação e intervenção Familiar na USF Vale do Vez	Em nome do(s) investigador(es): Ana Sofia Dias Esteves, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação das Mestres Odete Alves e Fernanda Fernandes.

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

O estudo reporta à saúde da família com uma criança com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) avaliando a sua capacidade para incorporar as mudanças decorrentes da situação de doença.

Os seus objetivos gerais são:

- avaliar famílias com criança com PHDA;
- intervir em famílias com criança com PHDA;
- avaliar o impacto da intervenção familiar na família com criança com PHDA.

Como objetivos específicos do estudo:

- avaliar cinco famílias através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar MDAIF;
- utilizar os princípios da entrevista familiar sistémica (EFS);
- intervir em cinco famílias através das intervenções sugeridas pelo MDAIF;
- registar a avaliação familiar de cinco famílias no Sclínico;
- elaborar planos de intervenção específicos e direcionados às necessidades da família como foco de cuidados;
- intervir nas cinco famílias segundo o plano efetuado;
- registar resultados após a intervenção do EEECESF no SClínico;
- criar evidência científica quanto às necessidades das famílias com criança com PHDA

2. Fundamentação

Um dos problemas de comportamento e neurodesenvolvimento mais recorrente nas crianças e jovens em idade escolar é a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), com uma prevalência mundial estimada de 5 a 7% (Thomas, R. et al., 2015) com impacto na família e interferência na vida escolar da criança e na vida social da família. Segundo Barkley, A. (2000), as dinâmicas em famílias com criança portadora de PHDA têm como constrangimento a interação mais negativa e stressante entre os pais e os filhos do que relativamente às outras famílias, o que contribui para o conflito nas interações familiares. Anos depois Barkley, A. 2006, percebeu que os conflitos podem resultar da PHDA e do seu impacto na dinâmica familiar, porém a forma como os pais se

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 10/2024 -CES	 Pág. 2 de 3
--	--	--

comportam e as suas características contribuem também para essas interações problemáticas.

Na realidade a hiperatividade é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta um número significativo de crianças em todo o mundo e é caracterizada por um padrão persistente de impulsividade, inquietação e dificuldade em se concentrar, que pode apresentar desafios significativos tanto para as crianças que a vivenciam quanto para suas famílias e educadores/professores.

A hiperatividade infantil é designada como Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) ou então como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), tendo a sua grande incidência na idade pediátrica, tal como principais sintomas a hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção.

Os sintomas da perturbação são mais evidentes nos primeiros anos escolares em que os pais e professores começam a perceber défices cognitivos e de atenção por parte da criança, porém, muitas vezes confundidos com a "hiperatividade" fisiológica.

Durante a adolescência os sintomas de hiperatividade ficam menos perceptíveis, mas a desatenção persiste (American Psychiatric Association, 2013).

Existem várias comorbidades associadas à PHDA nomeadamente as Perturbações Disruptivas de Comportamento, Perturbações de Humor, Défices Neuropsicológicos, Problemas familiares, Baixo desempenho escolar, Disfunção social e aumento do Risco de tentativa de suicídio (American Psychiatric Association, 2013).

Os subtipos de PHDA dividem-se em três grandes grupos, hiperatividade/impulsividade, desatenção e combinado, considerando-se que este último é o mais prevalente (Tamm, L., Adinoff, B., Nakonazny, A., Winhusen, T., Riggs, P., 2012).

Relativamente à PHDA, o risco em familiares de primeiro grau é superior nos primeiros cinco anos de vida, estando relacionada com uma atividade pré-frontal atípica no que diz respeito ao controlo cognitivo e em estudos mais recentes com o cerebelo. Estes resultados derivam de achados em irmãos saudáveis de crianças com PHDA que têm mostrado défices semelhantes a nível pré-frontal e cerebelar relativamente às crianças afetadas (Mulder, M.J. et al., 2008).

Deste modo, revela-se extremamente importante avaliar estas famílias, perceber exatamente como esta patologia na criança interfere na mesma e, perante os resultados, realizar intervenção especializada nestas famílias, para capacitar as mesmas para a adaptação à patologia e aquisição de estratégias de coping para uma dinâmica familiar sem comprometimento.

Este estudo assenta numa abordagem qualitativa por ser mais flexível quanto à colheita de dados e por permitir alterações/adaptações consoante o decorrer da investigação.

Para efetuar a avaliação familiar optou-se por utilizar a observação participada e a matriz operativa do MDAIF uma vez que no sistema de informação em que são efetuados os registos de enfermagem do EEESF o modelo parametrizado é o MDAIF.

O MDAIF é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, utilizado como guia orientador que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem sistematizando o processo interdisciplinar, considerando as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, tendo por base o paradigma colaborativo centrado nas forças da família enquanto unidade (Silva, Figueiredo, & Melo, 2012).

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 10/2024 -CES	Pág. 3 de 3
--	--	-------------

A recolha e tratamento de dados tem por base o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo. No final da investigação toda a informação obtida ficará arquivada no processo da família.

Para a realização deste estudo serão integrados os princípios da declaração de Helsínquia e da convenção de Oviedo relativos à investigação com seres humanos e solicitado parecer à comissão de Ética da ULSAM, EPE. O contacto com as famílias será previamente agendado e decorrerá de modo presencial. Aos participantes do estudo será explicado por escrito e verbalmente, os objetivos do estudo, pedindo concordância pela formalização de um consentimento livre, voluntário e esclarecido.

Os dados obtidos durante o estudo serão alvo de análise interpretativa das entrevistas dos membros das famílias, com o intuito de compreender o significado que cada um atribui às situações vivenciadas.

A análise de dados irá permitir detetar as necessidades das famílias, expressas nos diagnósticos de enfermagem. O plano de cuidados que daí advir vai ser guia orientador para a elaboração do plano de cuidados direcionado a cada família.

Após a intervenção especializada, será feita nova avaliação e descrição dos resultados, através da análise dos indicadores do MDAIF. A análise interpretativa terá por base a comparação entre as avaliações efetuadas nos dois momentos e a literatura existente.

3. Conclusão/parecer

Perante o acima exposto propõe-se parecer favorável desta comissão.

Relembra-se a obrigatoriedade de comunicar a conclusão do estudo e enviar o respetivo relatório.

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas referências bibliográficas

Relator(es)	Carlos Ribeiro
Ratificado em reunião do dia	
Enviado parecer: / /	

29/02/2024

O Presidente da CES


DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES


Susinda Costa
Enfermeira Diretora
ULS Alto Minho, EPE

APÊNDICES

APÊNDICE I – Requerimento dirigido ao presidente do conselho de administração da
ULSAM

Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho
de Administração da Unidade
Local de Saúde do Alto Minho E.P.E

A enfermeira Ana Sofia Dias Esteves pretende desenvolver um estudo de investigação na USF Vale do Vez, no Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, sobre o tema “Famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Impacto da avaliação e intervenção familiar” no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O presente estudo pretende avaliar as necessidades das famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados. Serão preenchidas as escalas utilizadas na matriz operativa do MDAIF através de consultas realizadas pelo investigador principal, em contexto domiciliário.

Nas diferentes fases deste estudo serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção da reputação e o bom nome das instituições e dos participantes no estudo. Aos participantes serão explicados os objetivos e natureza do estudo e o âmbito da participação. Tratando-se de uma participação voluntária, será assegurada a possibilidade dos participantes poderem desistir a qualquer momento.

Trata-se de um trabalho académico, com prazos a cumprir, pelo que solicitamos brevidade na resposta.

Viana do Castelo, janeiro de 2024


Odete Maria Azevedo Alves

APÊNDICE II – Consentimento da Coordenadora da USF

Exma. Senhora
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar
USF Vale do Vez
do Centro de Saúde de Arcos de Valdevez
pertencente à ULSAM,
Dr.ª Fabíola Ferreira

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação "Famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Impacto da avaliação e intervenção familiar" na USF Vale do Vez pertencente à ULSAM, EPE.

O estudo de investigação que se pretende desenvolver tem como finalidade a promoção de novos saberes e novas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar. Encontra-se a ser realizado pela Enfermeira Ana Sofia Dias Esteves, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Mestre Odete Alves e Mestre Fernanda Fernandes.

Pretende-se avaliar as necessidades das famílias com criança com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados. Serão preenchidas as escalas utilizadas na matriz operativa do MDAIF através de consultas realizadas pelo investigador principal.

Nas diferentes fases deste estudo serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção da reputação e o bom nome das instituições e dos participantes no estudo. Aos participantes serão explicados os objetivos e natureza do estudo e o âmbito da participação. Tratando-se de uma participação voluntária, será assegurada a possibilidade dos participantes poderem desistir a qualquer momento.

Face ao exposto, solicita-se autorização para realização do estudo de investigação supracitado na Unidade de Saúde Familiar Vale do Vez do Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, com famílias com crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Grata pela colaboração.

Investigador – Ana Sofia Dias Esteves (Viana do Castelo, novembro de 2023)

Declaro para os devidos efeitos que autorizo a realização do estudo de investigação "Famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Impacto da avaliação e intervenção familiar" na USF Vale do Vez, assegurando que esta unidade reúne as condições logísticas e humanas para a realização da investigação em condições éticas adequadas. Para a realização do referido estudo nesta unidade funcional, o "Elo de ligação" será a Enfermeira Especialista Fernanda Fernandes.

Dr.ª Fabíola Ferreira
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Vale do Vez
Centro de Saúde de Arcos de Valdevez
ULSAM
(Viana do Castelo, novembro de 2023)



APÊNDICE III – Protocolo do Estudo para aprovação da Comissão de Ética

PROTOCOLO DO ESTUDO: FAMÍLIAS COM CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO – IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Investigador: Ana Sofia Dias Esteves.

Orientador: Mestre Odete Alves

Identificação da Instituição donde é proveniente o investigador: ULSAM, EPE

Identificação da Instituição em que se realiza a investigação: USF Vale do Vez – Centro de Saúde de Arcos de Valdevez - ULSAM, EPE

1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem de Saúde Familiar, fundamentada no conceito da OMS, emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da Enfermagem Comunitária, mas mantendo o enquadramento em Cuidados de Saúde Primários, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados (Regulamento n.º 126/2011, p. 8660).

Para o enfermeiro, a família surge enquanto unidade sistémica, tornando-se alvo e simultaneamente contexto da intervenção com necessidade de cuidados ao nível da promoção da saúde, prevenção primária, secundária e terciária, considerando-a como unidade de cuidados e focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (Regulamento n.º 126/2011, p. 8660).

Ao longo do seu ciclo vital, a família depara-se com situações que a obrigam a reestruturar-se e organiza-se, cabendo ao enfermeiro o dever de facilitar as transições que ocorrem. Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode surgir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo que está sob transição encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos; enquanto, os indicadores de resultados refletem a capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso (Meleis et al., 2015).

Um dos problemas de comportamento e neurodesenvolvimento mais recorrente nas crianças e jovens em idade escolar é a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), com uma prevalência mundial estimada de 5 a 7% (Thomas, R. et al., 2015) com impacto na família por terem uma grande inquietude motora e níveis elevados de desatenção (American Psychiatric Association, 2002), que interfere na vida escolar da criança e social da família.

Segundo Barkley, A. (2000), as dinâmicas em famílias com criança portadora de PHDA têm como constrangimento a interação mais negativa e stressante entre os pais e os filhos do que relativamente às outras famílias, o que contribui para o conflito nas interações familiares. Anos depois Barkley, A. (2006) percebeu que os conflitos podem resultar do PHDA e do seu impacto na dinâmica familiar, porém a forma como os pais se comportam e as suas características contribuem também para essas interações problemáticas.

Na realidade a hiperatividade é um distúrbio do neurodesenvolvimento que afeta um número significativo de crianças em todo o mundo e é caracterizada por um padrão persistente de impulsividade, inquietação e dificuldade em se concentrar, que pode apresentar desafios significativos tanto para as crianças que a vivenciam quanto para suas famílias e educadores/professores.

A hiperatividade infantil é muitas vezes designada como Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) ou então como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), tendo a sua grande incidência na idade pediátrica, tendo como principais sintomas a hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção.

Os sintomas da perturbação são mais evidentes nos primeiros anos escolares em que os pais e professores começam a perceber défices cognitivos e de atenção por parte da criança, porém muitas vezes confundidos com a “hiperatividade” fisiológica da criança. Durante a adolescência os sintomas de hiperatividade ficam menos perceptíveis, porém a desatenção persiste (American Psychiatric Association, 2013).

Existem várias comorbilidades associadas à PHDA nomeadamente as Perturbações Disruptivas de Comportamento, Perturbações de Humor, défices neuropsicológicos, problemas familiares, baixo desempenho escolar, disfunção social e aumento do risco de tentativa de suicídio (American Psychiatric Association, 2013).

Os subtipos de PHDA dividem-se em três grandes grupos, hiperatividade/impulsividade, desatenção e combinado, considerando-se que este último é o mais prevalente (Tamm, L., Adinoff, B., Nakonezny, A., Winhusen, T., Riggs, P., 2012).

Relativamente à PHDA, o risco em familiares de primeiro grau é superior nos primeiros cinco anos de vida, estando relacionada com uma atividade pré-frontal atípica no que diz respeito ao controlo cognitivo e em estudos mais recentes com o cerebelo. Estes resultados derivam de achados em irmãos saudáveis de crianças com PHDA que têm mostrado défices semelhantes a nível pré-frontal e cerebelar relativamente às crianças afetadas (Mulder, M.J. et al., 2008).

Deste modo, revela-se extremamente importante avaliar estas famílias, perceber exatamente como esta patologia na criança interfere na mesma e, perante os resultados, realizar intervenção especializada nestas famílias, para capacitar as mesmas para a adaptação à patologia e aquisição de estratégias de coping para uma dinâmica familiar sem comprometimento.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo reporta à saúde da família com uma criança com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) avaliando a sua capacidade para incorporar as mudanças decorrentes da situação de doença.

Os seus objetivos gerais são:

- avaliar famílias com criança com PHDA;
- intervir em famílias com criança com PHDA;

- avaliar o impacto da intervenção familiar na família com criança com PHDA.

Como objetivos específicos do estudo destaca-se:

- avaliar cinco famílias através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar MDAIF);
- utilizar os princípios da entrevista familiar sistémica (EFS);
- intervir em cinco famílias através das intervenções sugeridas pelo MDAIF;
- registar a avaliação familiar de cinco famílias no Sclínico;
- elaborar planos de intervenção específicos e direcionados às necessidades da família como foco de cuidados;
- intervir nas cinco famílias segundo o plano efetuado;
- registar resultados após a intervenção do EEECESF no SClínico;
- criar evidência científica quanto às necessidades das famílias com criança com PHDA

1.3 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A estrutura metodológica serve como guia orientador definindo como se irá efetuar a investigação desde a colheita de dados, análise e interpretação dos resultados.

Tipo de estudo

Este estudo assenta numa abordagem qualitativa por ser mais flexível quanto à colheita de dados e por permitir alterações/adaptações consoante o decorrer da investigação. Tendo por base a investigação qualitativa foi optada a elaboração de uma investigação-ação uma vez que torna os participantes responsáveis pela tomada de decisão sobre quais as mudanças necessárias, sendo nas suas interpretações que o investigador se baseia para monitorizar, avaliar e decidir o próximo passo no processo da pesquisa.

Segundo Kuhne e Quigley (1997) a investigação-ação tem um procedimento metodológico inerente que passa pela fase da planificação em que se define o problema, o projeto e o processo de avaliação; a fase da ação em que é implementado o projeto e processa-se à observação; e, por fim, a fase da reflexão em que se faz avaliação e conclusões relativamente ao problema identifica.

Na fase da planificação: identificar a amostra, marcar as entrevistas com as famílias e entrevistá-las com recurso à observação direta, ao MDAIF e à análise de documentos e bibliografia na área a estudar para, posteriormente efetuar um plano de intervenção. Na fase da ação: implementar as estratégias e atividades de intervenção nas famílias para o restabelecimento e desenvolvimento do equilíbrio e autonomia familiar segundo o MDAIF. Na fase da observação faço uma nova entrevista familiar para avaliar a família. Na fase de reflexão, através da avaliação da família e, da intervenção que efetuei enquanto EEESF tirar conclusões quanto ao papel do mesmo nas famílias com estas características, percebendo assim se tem aplicabilidade.

População e amostra

A 22 de novembro 2023, com recurso à plataforma MIM@UF, foi extraída a lista de crianças com diagnóstico de PHDA inscritos na Equipa de Saúde Família em setembro de 2023, num total de cinco crianças.

Tendo em conta o número de crianças com o diagnóstico e a pertinência da temática escolhida para o projeto a desenvolver, serão incluídas no estudo a totalidade das famílias com criança com diagnóstico de PHDA, ou seja, cinco famílias.

Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados devem ser validados, de confiança e adequados ao propósito da pesquisa e a sua escolha depende da natureza da pesquisa e dos dados que se pretende reunir.

Para efetuar a avaliação familiar optou-se por utilizar a observação participada e a matriz operativa do MDAIF uma vez que no sistema de informação em que são efetuados os registos de enfermagem do EEESF o modelo parametrizado é o MDAIF.

O MDAIF é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, utilizado como guia orientador que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem sistematizando o processo interterapêutico, considerando as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, tendo por base o paradigma colaborativo centrado nas forças da família enquanto unidade (Silva, Figueiredo, & Melo, 2012).

O MDAIF orienta a avaliação em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Na dimensão estrutural surgem como áreas de atenção o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico e utiliza como instrumentos de avaliação familiar o Genograma, o Ecomapa e a Escala de Graffar adaptada e critérios relativos ao tipo de avaliação (Anexo I); na dimensão do desenvolvimento as áreas de atenção desta dimensão são a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental e; por fim, na dimensão funcional surgem como áreas de atenção o papel de prestador de cuidados e o processo familiar, tendo como instrumentos de avaliação a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo II), a Escala de FACES II (Anexo III) e o APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo IV) (Figueiredo, 2012, pp. 73, 78, 91).

Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

A investigação em seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, tornando-se necessário o investigador tomar todas as atitudes necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação.

O International Council of Nurses (ICN) reconhece que todos os direitos humanos são interdependentes e indivisíveis, que a saúde e o bem-estar dos indivíduos podem ser prejudicados quando os seus direitos humanos são violados (ICN, 1998).

O Código Deontológico dos Enfermeiros apresenta os direitos e deveres do enfermeiro no exercício da sua profissão. No artigo 106º, do dever de sigilo, o enfermeiro é obrigado a guardar segredo quanto à informação que decorre do exercício da sua profissão. Na alínea

c) do mesmo artigo, assume o dever de “(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei n.º 156/2015, p. 8079).

A recolha e tratamento de dados tem por base o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo. No final da investigação toda a informação obtida ficará arquivada no processo da família.

Para a realização deste estudo serão integrados os princípios da declaração de Helsínquia e da convenção de Oviedo relativos à investigação com seres humanos e solicitado parecer à comissão de Ética da ULSAM, EPE. O contacto com as famílias será previamente agendado e decorrerá de modo presencial. Aos participantes do estudo será explicado por escrito e verbalmente, os objetivos do estudo, pedindo concordância pela formalização de um consentimento livre, voluntário e esclarecido.

Tratamento de dados

Os dados obtidos durante o estudo serão alvo de análise interpretativa das entrevistas dos membros das famílias, com o intuito de compreender o significado que cada um atribui às situações vivenciadas.

A análise de dados irá permitir detetar as necessidades das famílias, expressas nos diagnósticos de enfermagem. O plano de cuidados que daí advir vai ser guia orientador para a elaboração do plano de cuidados direcionado a cada família.

Após a intervenção especializada, será feita nova avaliação e descrição dos resultados, através da análise dos indicadores do MDAIF. A análise interpretativa terá por base a comparação entre as avaliações efetuadas nos dois momentos e a literatura existente.

Custos

Esta investigação não implica custos económicos para as famílias participantes nem para a instituição, sendo meramente necessário os recursos humanos (investigador e participantes) e recursos materiais (computador, impressora, canetas e papel – a cargo do investigador).

Cronograma

No seguinte cronograma distribuem-se as várias atividades propostas para a investigação

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	agosto
Planeamento						
Agendamento das entrevistas						
Entrevistas às famílias						
Avaliação familiar						

Intervenção na família						
Reavaliação familiar						
Análise dos dados						

BENEFÍCIOS PARA OS UTENTES/FAMÍLIAS, PARA A INSTITUIÇÃO E PARA A INVESTIGAÇÃO.

Criação de evidência científica quanto às características estruturais, funcionais e de desenvolvimento das famílias com crianças diagnosticadas com PHDA e a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar para capacitar estas famílias quanto ao impacto da doença na mesma.

Com o estudo, os EEESF conseguem identificar o impacto que a criança com PHDA tem na sua família e com que ferramentas e/ou intervenções pode capacitá-las para uma dinâmica familiar sem comprometimento, contribuindo assim para a saúde familiar.

APÊNDICE IV – Consentimento Informado para participação no estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM

PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – Impacto da avaliação e intervenção familiar.

Enquadramento: O estudo de investigação que se pretende desenvolver centra-se na vivência familiar perante uma criança com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, procurando evidenciar a capacidade autopoiética da mesma, na medida em que recorre às suas forças para incorporar as mudanças decorrentes das transições ao longo do ciclo vital. Encontra-se a ser realizado pela Enfermeira Ana Sofia Dias Esteves, no âmbito do Mestrado Clínico em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do IPVC, sob orientação da Mestre Odete Alves.

Explicação do estudo: Pretende-se avaliar as necessidades das famílias com criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados. Serão preenchidos os instrumentos que integram a matriz operativa do MDAIF pelo investigador principal em contexto domiciliário. Os dados recolhidos serão destruídos um ano após a conclusão do estudo.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária, sem custos associados, salientando-se que não existem compensações por despesas de deslocação ou outros incómodos. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos futuros, nomeadamente prejuízos assistenciais. Este estudo mereceu, após ter sido submetido a análise, um Parecer Favorável da Comissão de Ética da ULSAM, EPE.

Confidencialidade e anonimato: A recolha, processamento e uso dos dados recolhidos será sempre realizado de forma confidencial e apenas para os efeitos do presente estudo. O anonimato dos participantes será garantido, e a sua identificação nunca será tornada pública. O contacto com os participantes deste estudo será feito sempre em ambiente de privacidade.

Agradecimentos e identificação do/a investigador/a e da pessoa que pede o consentimento, se for diferente: Em meu nome – Ana Sofia Dias Esteves, Enfermeira e Mestranda no Mestrado Clínico em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do IPVC, sob orientação da Mestre Odete Alves- agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada a este estudo. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida através do email: enf.anaesteves@gmail.com

Assinatura(s):

.....

Mestranda Ana Sofia Dias Esteves

.....

Mestre Odete Alves

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo 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/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: _____ Data: __ / __
/ _____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE
CONSENTE