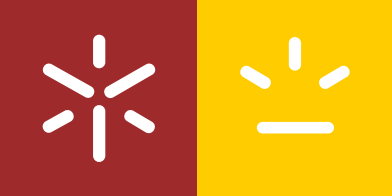


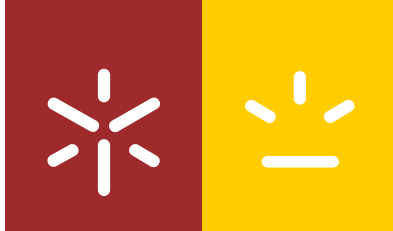


Rosa Maria Lopes Ribeiro

**Tempo em família e saúde mental de
crianças em idade escolar em contextos
de vulnerabilidade social**

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem





Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Rosa Maria Lopes Ribeiro

**Tempo em família e saúde mental de
crianças em idade escolar em contextos
de vulnerabilidade social**

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Rafaela Rosário
e da
Professora Doutora Cristiana Lopes

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Ao chegar a este ponto da minha caminhada, entre competências adquiridas e aprofundadas e a convicção de que o percurso não acaba aqui, levo comigo uma bagagem mais rica e sólida. Assim, não poderia deixar de agradecer a todos os que contribuíram para que este percurso se tornasse possível.

Ao meu marido e aos meus filhos, obrigada por terem acreditado em mim, mesmo quando eu própria me via a meio caminho entre a exaustão e a vontade de desistir e por terem suportado ausências, reajustado rotinas e celebrado comigo todas as pequenas vitórias. Sois a minha casa.

À minha mãe, aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, obrigada pelo carinho, pela força, pelos momentos partilhados, que me trazem à memória o pai e me recarregam as baterias. À minha sogra e ao meu sogro, pela ajuda concreta e generosa, tantas vezes silenciosa, que tornou possível conciliar escola, estágio e vida familiar. À Telma, pela amizade de tantos anos, pelo exemplo de coragem e resiliência e por me lembrares que cuidar de mim também fazia parte deste caminho.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar onde realizei o estágio, pelo acolhimento genuíno, o espírito de entreajuda, a disponibilidade para ensinar, a partilha de experiências e a confiança nas tarefas que me foram permitindo assumir.

À enfermeira tutora, pela supervisão próxima, pela exigência que me fez crescer e pelo cuidado com que me acompanhou, ajudando-me a refletir sobre a prática, a decidir com mais segurança e a consolidar competências em Enfermagem de Saúde Familiar.

Às docentes orientadoras, agradeço o rigor, a escuta e o estímulo à reflexão crítica, fundamentais para integrar teoria, evidência e prática com maior consciência.

À minha equipa de trabalho, com quem partilho diariamente a paixão pelo cuidado em Cuidados de Saúde Primários, agradeço a compreensão, a flexibilidade e apoio nos períodos de maior exigência. O vosso incentivo foi decisivo para que eu conseguisse continuar e terminar este percurso com dignidade e consistência.

Aos professores e aos colegas, agradeço o conhecimento partilhado, o companheirismo e a sensação de pertença construída ao longo do curso.

Por fim, aos utentes e às famílias acompanhadas, o meu sincero obrigada pela confiança. Cada encontro foi uma oportunidade de aprender, cuidar e confirmar que a Enfermagem de Saúde Familiar se faz em parceria, com respeito pela história e pela singularidade de cada família.

Obrigada a todos. Que este esforço se reflita na forma como cuido, penso e procuro fazer a diferença junto das pessoas e das famílias que acompanho.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Tempo em família e saúde mental de crianças em idade escolar em contextos de vulnerabilidade social

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar do Norte de Portugal, teve como finalidade consolidar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, através de uma prática clínica reflexiva, crítica e fundamentada, centrada na família enquanto unidade de cuidados.

O trabalho integra a contextualização do local de estágio, a análise crítico-reflexiva das competências especializadas desenvolvidas e uma componente de investigação centrada na associação entre o tempo em família e a saúde mental de crianças em idade escolar inseridas em contextos de vulnerabilidade social. A investigação desenvolvida corresponde a um estudo observacional, transversal e analítico, realizado a partir de dados *baseline* do projeto BeE-School, com uma amostra de 735 crianças do 1.º ciclo em agrupamentos TEIP do Norte de Portugal. Para a recolha de dados, foram utilizados um questionário sociodemográfico elaborado pelos investigadores, o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), para avaliação das dificuldades e capacidades socioemocionais da criança, e um conjunto de itens do *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), para avaliar a frequência de atividades realizadas em família; preenchidos pelos pais.

Os resultados sugerem que maior frequência de tempo em família se associa a menos dificuldades psicossociais em crianças, nomeadamente problemas de comportamento e hiperatividade, sobretudo quando o tempo partilhado envolve atividades mais interativas e participativas. Sublinham ainda o potencial das dinâmicas familiares enquanto recurso protetor da saúde mental infantil, com implicações relevantes para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar em contextos de maior vulnerabilidade social. Globalmente, o percurso reforçou a centralidade da família na prática especializada de enfermagem e evidenciou a relevância de intervenções colaborativas, contextualizadas e sustentadas na evidência.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Família; Saúde mental infantil; Tempo em família; Vulnerabilidade social.

Family time and mental health of schoolchildren in contexts of social vulnerability

ABSTRACT

This report was developed as part of a Professional Practice Internship with Report, integrated into the Master's Degree in Community Health Nursing in the area of Family Health Nursing, at the School of Nursing of the University of Minho. Conducted in a Family Health Unit in Northern Portugal, its purpose was to consolidate both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing through reflective, critical, and evidence-based clinical practice, centered on the family as the unit of care.

The work includes contextualizing the internship setting, a critical-reflective analysis of the specialized competencies developed, and a research component focused on the association between family time and mental health among schoolchildren living in socially vulnerable contexts. The research is an observational, cross-sectional, and analytical study based on baseline data from the BeE-School project, with a sample of 735 primary schoolchildren from TEIP school clusters in Northern Portugal. Data collection involved a sociodemographic questionnaire developed by the researchers, the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to assess children's socio-emotional difficulties and strengths, and a set of items from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) survey to evaluate the frequency of family activities; all completed by parents.

The results suggest that a higher frequency of family time is associated with fewer psychosocial difficulties in children, particularly behavioral problems and hyperactivity, especially when shared time involves more interactive and participatory activities. They also highlight the potential of family dynamics as a protective factor for children's mental health, with relevant implications for Family Health Nursing practice in contexts of greater social vulnerability. Overall, the experience reinforced the central role of the family in specialized nursing practice and demonstrated the importance of collaborative, contextualized, and evidence-based interventions.

Keywords: Child mental health; Family; Family Health Nursing; Family time; Social vulnerability

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	18
2.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL DA ULS.....	18
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.....	20
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	24
3.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS	25
3.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	30
4. ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO EM FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL.....	39
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	39
4.2. METODOLOGIA	43
4.3. RESULTADOS.....	45
4.4. DISCUSSÃO	49
4.5. CONCLUSÃO DO ESTUDO	53
5. CONCLUSÃO	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	64
Anexo 1- Plano de Ação de Formação BI Self-Service	65
Anexo 2- Projeto de melhoria contínua	67
Anexo 3- Famílias Ativas na Prevenção da Diabetes: Capacitação Familiar e Rotinas Saudáveis ao Longo do Ciclo Vital.	68
Anexo 4- Ações de Formação Frequentadas durante o estágio e Contributo para o Desenvolvimento de Competências.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- American Psychological Association

APGAR Familiar- Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve (Escala de funcionalidade familiar)

AUCC- Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade

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

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CEICVS- Comissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

CITP/ISCO- Classificação Internacional para o Tipo de Profissões/ *International Standard Classification of Occupations*

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DP- Desvio Padrão

ECL- Equipa Coordenadora Local

F-COPES- *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*

FACES II- *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II*

HBSC- *Health Behaviour in School-aged Children*

ICU- Índice de Complexidade dos Utentes

IDE- Índice de Desempenho da Equipa

IDG- Índice de Desempenho Global

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades de Saúde

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS- Organização Mundial da Saúde

SClínico CSP- Sistema de Informação Clínica dos Cuidados de Saúde Primários

SDQ- *Strengths and Difficulties Questionnaire*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

TEIP- Territórios Educativos de Intervenção Prioritária

UCC- Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS- Unidade Local de Saúde

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidades de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária e principais indicadores demográficos dos utentes inscritos nos CSP da ULS.	19
Figura 2- Pirâmide etária e principais indicadores demográficos dos utentes inscritos na USF	21
Figura 3- Pirâmide etária e índices demográficos dos utentes inscritos na lista da enfermeira tutora..	23
Figura 4- Universo de utentes com pelo menos um problema ativo da população acompanhada	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica, socioeconómica e das variáveis em estudo.....	46
Tabela 2- Associações entre o tempo em família e as dimensões do SDQ, incluindo o total de dificuldades.....	47

“Não há reembolso direto algum ao nosso primeiro instrutor de voo por imprimir um rumo novo à nossa vida. Só podemos pagar essa dívida passando a dádiva a outrem, a mesma dádiva que recebemos, depositando-a nas mãos de alguém à procura como nós procurávamos o nosso lugar e a nossa liberdade”

Richard Bach

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, por todo o carinho com que cresci, por todo o apoio que senti, pelos valores que me ensinou e pela coragem com que viveu até ao último suspiro. Graças a ti aprendi que o amor está em cada gesto e em cada ato, mesmo nos mais simples. A tua perseverança e resistência lembram-me que o futuro se constrói com muito trabalho e resiliência. A tua memória encoraja-me nos momentos mais frágeis e orienta o meu caminho.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrado no 1.º semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. O estágio decorreu de 15 de setembro de 2025 a 31 de janeiro de 2026, totalizando 840 horas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS) localizada em meio urbano, no Norte de Portugal. Sob a orientação da Enfermeira Rosa Dias (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária) e das docentes Cristiana Lopes e Rafaela Rosário, foram cumpridas 610 horas de prática clínica, 200 horas de trabalho autónomo e 30 horas de orientação tutorial.

Mais do que um instrumento de avaliação, este relatório pretende documentar e analisar de forma crítica o percurso formativo desenvolvido, evidenciando a articulação entre os conhecimentos teóricos e a prática. A sua elaboração seguiu as orientações do Guia Orientador do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, no qual se explicitam os resultados de aprendizagem, as competências a mobilizar e consolidar e os critérios de avaliação. Estas diretrizes sustentam a estrutura do documento e asseguram a coerência com os objetivos da unidade curricular e com os princípios formativos do curso.

O estágio teve como finalidade consolidar competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar, centradas no cuidado à família e aos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, em articulação com a equipa multiprofissional e com os recursos da comunidade. Neste sentido, assumiram-se como objetivos de estágio desenvolver uma prática clínica especializada, ética e reflexiva, baseada na evidência; aprofundar a avaliação e a intervenção familiar com recurso aos modelos teóricos específicos da Enfermagem de Saúde Familiar. Pretendeu-se ainda promover cuidados centrados na família, na continuidade, na capacitação e na tomada de decisão partilhada e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no contexto da unidade funcional, através da participação em atividades assistenciais, formativas e de melhoria contínua.

A par da componente clínica, o estágio integrou uma componente de investigação que procurou analisar a associação entre o tempo em família e a saúde mental de crianças em idade escolar em contextos de vulnerabilidade social. Como objetivos específicos, pretendeu-se caracterizar a frequência de atividades em família, avaliar indicadores de saúde mental infantil através do *Strengths and*

Difficulties Questionnaire (SDQ) e analisar a associação entre diferentes dimensões do tempo em família e as dimensões de dificuldades e de comportamento prossocial, considerando variáveis sociodemográficas e familiares relevantes.

Desde 2005, no exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários (CSP), grande parte do meu percurso tem-se desenvolvido na área de Enfermagem de Saúde Familiar, ainda que inicialmente sem o enquadramento formal e regulamentado das competências específicas atualmente reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018). Ao longo de mais de duas décadas de prática, a família foi-se evidenciando como centro da minha atuação, não apenas como contexto onde a pessoa vive e toma decisões, mas também como unidade de cuidados com necessidades próprias e como parceira a envolver na avaliação, planeamento e intervenção (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2009).

A compreensão da família como contexto e unidade de cuidados, bem como a sua participação ativa no processo de cuidar, encontra fundamento nos referenciais da Enfermagem de Saúde Familiar e na abordagem sistémica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2023; Wright & Leahey, 2009). Estes sustentam que as inter-relações e interdependências entre os membros influenciam a forma como a saúde e a doença são vividas e geridas. Assim, a intervenção de enfermagem integra a família enquanto sistema (estrutura, dinâmica, desenvolvimento e recursos), orientando-se por objetivos definidos em conjunto e por decisões partilhadas (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2009). Neste enquadramento, o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar constitui um referencial estruturante para orientar a avaliação e a intervenção com as famílias, favorecendo uma prática intencional, colaborativa e sustentada na evidência (Wright & Leahey, 2009).

Em Portugal, esta orientação para o cuidado dirigido às famílias ganhou expressão com a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com a criação das Unidades de Saúde Familiar. Estas reforçaram as condições organizacionais para assegurar a personalização, continuidade, coordenação e proximidade dos cuidados às famílias ao longo do ciclo de vida (Decreto-Lei n.º 298/2007).

Paralelamente, as orientações profissionais têm vindo a consolidar a centralidade da família e a necessidade de intervenção especializada e colaborativa em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2023).

No decurso do estágio, tornou-se evidente a importância de sistematizar a experiência clínica à luz da evidência e dos referenciais da disciplina, de modo a sustentar uma intervenção mais consciente, intencional e fundamentada em Enfermagem de Saúde Familiar. Neste sentido, o estágio constituiu uma oportunidade de consolidar competências e de aprofundar a integração do conhecimento científico na prática clínica, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Sendo a investigação uma parte integrante do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, foi no contexto do presente estágio, a partir da reflexão sobre situações acompanhadas na Unidade de Saúde Familiar, que se reconheceu a pertinência de aprofundar o tema do tempo em família enquanto potencial recurso protetor na intervenção de enfermagem. A relevância desta temática tornou-se particularmente evidente perante situações frequentes em que emergiam preocupações relacionadas com dificuldades de concentração e de autorregulação em idade pediátrica, bem como com rotinas familiares percecionadas como sobrecarregadas pelas exigências escolares e pelas atividades extracurriculares, com impacto no bem-estar e no funcionamento familiar.

Esta perspetiva orientou o desenvolvimento das competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar durante o estágio, com ênfase na avaliação e intervenção familiar, na comunicação terapêutica e na tomada de decisão partilhada, articulada com o trabalho em equipa multiprofissional e com a monitorização de indicadores em CSP. O trabalho de investigação desenvolvido procurou compreender a relevância deste recurso e as suas implicações para a intervenção de enfermagem junto das famílias acompanhadas em contexto de USF.

Deste modo, o relatório visa evidenciar a mobilização das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, integrando a reflexão crítica sobre a prática e os contributos do trabalho de investigação desenvolvido. Pretende-se, assim, que a análise apresentada contribua para fundamentar a prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar e para evidenciar as implicações do trabalho de investigação na intervenção com famílias em contexto de USF.

Este documento encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro, introdução, enquadra o percurso formativo e profissional e apresenta a organização do documento. O segundo capítulo, contexto do estágio, caracteriza o contexto em que se desenvolveu o estágio. O terceiro, desenvolvimento das competências em Enfermagem de Saúde Familiar, incide sobre o percurso que permitiu o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermagem de saúde familiar.

O quarto, associação entre tempo em família e a saúde mental em crianças em idade escolar em contextos de vulnerabilidade social, integra o trabalho de investigação realizado que exemplifica o potencial transformador da componente de investigação na prática especializada. O quinto capítulo, conclusão, sintetiza as principais reflexões e considerações finais. Por fim, no sexto capítulo, referências bibliográficas, apresentam-se as referências bibliográficas que sustentam o conteúdo do relatório, de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7.^a edição.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste capítulo contextualiza-se o local de estágio, incluindo o enquadramento institucional da ULS e a caracterização da USF onde decorreu o ensino clínico. Descrevem-se, de forma sucinta, a organização e funcionamento da unidade, a composição da equipa multiprofissional, os recursos e sistemas de informação utilizados, bem como as principais características sociodemográficas e assistenciais da população e famílias inscritas. Esta contextualização permite enquadrar as necessidades identificadas e sustentar as opções de intervenção e o desenvolvimento das competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar apresentadas nos capítulos seguintes.

2.1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL DA ULS

No âmbito da reorganização recente do SNS, as Unidades Locais de Saúde (ULS) constituem um modelo de governação que articula os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares, com a finalidade de promover a integração e a continuidade dos cuidados, a coordenação entre os níveis assistenciais e a proximidade às populações nos termos do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

A ULS onde decorreu o estágio integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e enquadra-se no respetivo Estatuto, que estabelece os princípios e a organização dos cuidados de saúde em Portugal aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Localiza-se na região Norte de Portugal, com uma área de influência maioritariamente urbana.

Na componente de CSP, a resposta organiza-se através de unidades funcionais complementares, nomeadamente as USF, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as Unidades de Saúde Pública (USP), que funcionam de forma articulada para responder às necessidades da população e das famílias, favorecendo a referenciação e a continuidade assistencial, em linha com o modelo de organização definido para as ULS pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. A ULS, através da Equipa Coordenadora Local (ECL), articula ainda com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, reforçando a resposta em situações de dependência, convalescença e necessidade de cuidados prolongados, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Este enquadramento institucional é particularmente relevante para a

Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que potencia uma abordagem em rede e o acompanhamento longitudinal das famílias ao longo do ciclo vital.

Para a caracterização do território e dos indicadores assistenciais recorreu-se ao Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), ferramenta que disponibiliza informação para a caracterização e monitorização das unidades funcionais em CSP.

Assim, na ULS em análise, em dezembro de 2025 encontravam-se inscritos nos CSP cerca de 244 845 utentes, correspondendo a 322 663,50 unidades ponderadas (BI-CSP, 2025).

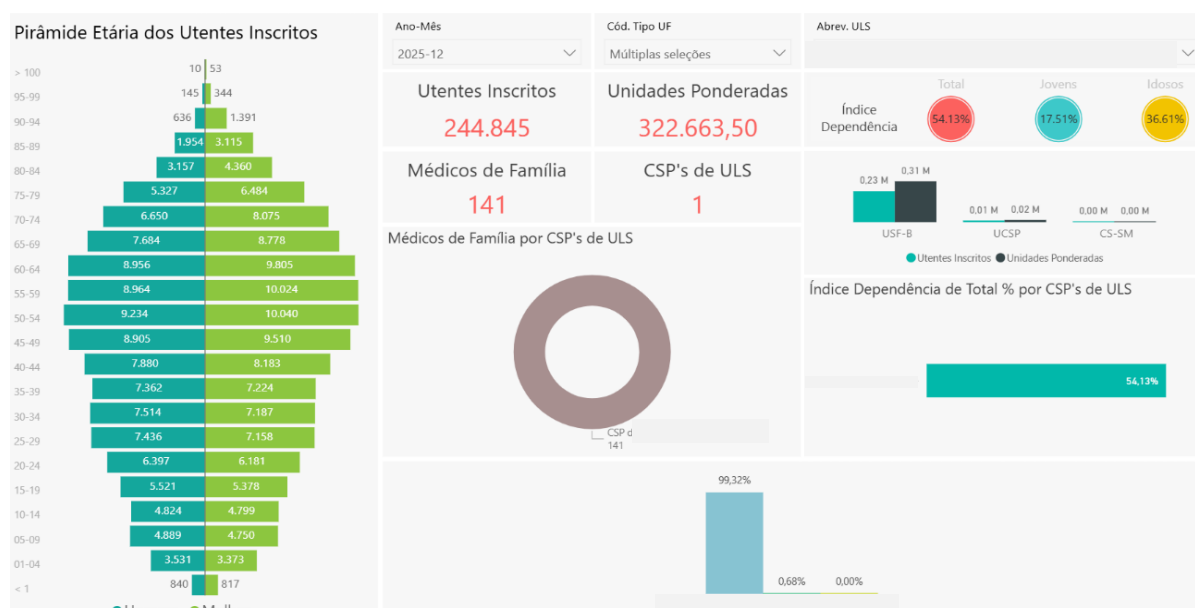


Figura 1- Pirâmide etária e principais indicadores demográficos dos utentes inscritos nos CSP da ULS
Fonte: BI-CSP, 2025

Conforme se evidencia na Figura 1, o índice de dependência global é de 54,13%, sendo 36,61% relativo à dependência idosa e 17,51% à dependência jovem, o que traduz um perfil demográfico marcado pelo envelhecimento. A pirâmide etária reflete uma maior concentração de utentes nas faixas etárias intermédias e avançadas, em linha com o aumento da esperança média de vida e a redução da natalidade. Este contexto associa-se a necessidades acrescidas de acompanhamento longitudinal, gestão de doença crónica e apoio em situações de dependência, reforçando a importância das intervenções integradas e centradas na família em CSP (BI-CSP, 2025). Relativamente à cobertura assistencial, verifica-se que 99,32% dos utentes têm médico de família atribuído, evidenciando elevados níveis de acessibilidade e continuidade de cuidados, princípios estruturantes dos CSP (BI-CSP, 2025).

O ensino clínico decorreu numa USF modelo B inserida nesta ULS, cuja caracterização se apresenta de seguida.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

No contexto dos CSP, a USF constitui uma unidade elementar de prestação de cuidados à pessoa e à família, orientada para a acessibilidade, a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo do ciclo vital, nos termos do regime jurídico definido no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

A USF onde decorreu o estágio corresponde a uma USF modelo B, caracterizada por maior autonomia organizacional e por um sistema de contratualização assente em metas assistenciais e indicadores de desempenho, com incentivos associados ao cumprimento dos objetivos, no quadro do regime jurídico das USF e das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

A equipa multiprofissional é constituída por oito médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros (dois especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária com certificação de competências na Área de Enfermagem de Saúde Familiar e um especialista em Enfermagem de Saúde Mental) e seis assistentes técnicos. A equipa organiza-se em microequipas de saúde, integrando médico, enfermeiro e assistente técnico, responsáveis pelo acompanhamento das famílias inscritas. A atribuição de enfermeiro de família realiza-se por correspondência direta à lista médica, garantindo que os utentes inscritos num determinado médico são acompanhados pelo mesmo enfermeiro. Este modelo organizacional favorece a continuidade assistencial e a personalização dos cuidados, bem como o estabelecimento de relações terapêuticas sustentadas ao longo do tempo.

A equipa conta ainda com o apoio de duas assistentes operacionais contratadas pela Câmara Municipal, bem como de equipa de limpeza e de serviços de apoio logístico.

No apoio à atividade assistencial, a unidade utiliza o SClinico, sistema de informação desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que suporta o registo clínico em CSP, contribuindo para a normalização da informação e para a uniformização de procedimentos.

De acordo com os dados consultados no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) referentes a dezembro de 2025, encontravam-se inscritos na USF 14 411 utentes, todos com médico e enfermeiro de família atribuídos, num total de 18 987,50 unidades ponderadas (Figura 2).



Figura 2- Pirâmide etária e principais indicadores demográficos dos utentes inscritos na USF
Fonte BI-CSP, 2025

Relativamente ao perfil demográfico, a população inscrita apresenta valores muito semelhantes aos da ULS, com um índice de dependência global (53,65%), sendo 17,03% correspondentes à dependência jovem e 36,62% de dependência idosa (BI-CSP, 2025). Esta proximidade de indicadores sugere que a USF constitui uma amostra representativa da realidade demográfica da ULS.

Este cenário reforça a necessidade de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar em áreas como a gestão da doença crónica, o apoio aos cuidadores informais, a promoção do envelhecimento ativo e a articulação de respostas comunitárias, requerendo uma abordagem sistémica e longitudinal, centrada na família ao longo do ciclo vital.

A população acompanhada apresenta um grau relevante de complexidade clínica, traduzido num índice de complexidade dos utentes (ICU) de 17 152 e num casemix de 1,19. Estes indicadores refletem a coexistência de múltiplas condições crónicas e necessidades diferenciadas de acompanhamento, com impacto direto na organização dos cuidados e na carga assistencial da equipa de enfermagem (BI-CSP, 2025).

De acordo com este perfil assistencial, a atividade da equipa estrutura-se sobretudo em acompanhamento programado longitudinal, articulado com consulta aberta para situações agudas ou inadiáveis e com visitas domiciliárias, assegurando a continuidade de cuidados através de mecanismos

de intersubstituição. O acesso é facilitado por múltiplas vias de agendamento (presencial, telefónica ou eletrónica).

Relativamente à atividade assistencial de enfermagem desenvolvida ao longo de 2025, foram registados 57 399 contactos de enfermagem. A maioria ocorreu na unidade de saúde (93,22%) em contactos presenciais predominantemente programados, refletindo uma prática orientada para o acompanhamento regular e longitudinal das famílias.

No que se refere à área assistencial de enfermagem, realizaram-se 22 584 consultas, das quais 94,61% corresponderam a consultas diretas, com maior expressão nas consultas de enfermagem associadas à obesidade (12 369), o consumo excessivo de álcool (7 051), o tabagismo (6 711), a hipertensão arterial (4 649) e a diabetes mellitus (3 414), destacando-se ainda as intervenções relevantes de saúde infantil e juvenil e na saúde reprodutiva e planeamento familiar.

No seu conjunto, estes dados evidenciam a intensidade do acompanhamento necessário e a centralidade da Enfermagem de Saúde Familiar na resposta integrada às necessidades identificadas, reforçando o seu papel na promoção da saúde, prevenção da doença e apoio às famílias na gestão da condição de saúde.

Para além do peso da doença crónica e dos fatores de risco, os registos indicam problemas psicossociais relevantes. A identificação de diagnósticos associados a ansiedade/depressão e dificuldades de comportamento/aprendizagem em crianças e adolescentes reforça a pertinência de abordar determinantes familiares e relacionais.

No âmbito da contratualização e monitorização do desempenho das unidades funcionais, a USF apresentava em dezembro de 2025 um Índice de Desempenho da Equipa (IDE) de 81,70 e um Índice de Desempenho Global (IDG) de 66,50, refletindo o nível de cumprimento dos indicadores contratualizados (BI-CSP, 2025).

Relativamente à carteira de utentes da enfermeira orientadora, em dezembro de 2025, encontravam-se inscritos 1 762 utentes, correspondendo a 2 360,50 unidades ponderadas (Figura 3). O índice de dependência global é superior (55,79%), com maior expressão na dependência idosa (40,76%). O índice de complexidade dos seus utentes (ICU) é de 2 112 e o casemix é de 1,20, refletindo maior complexidade e exigência assistencial nesta lista de utentes (BI-CSP, 2025).

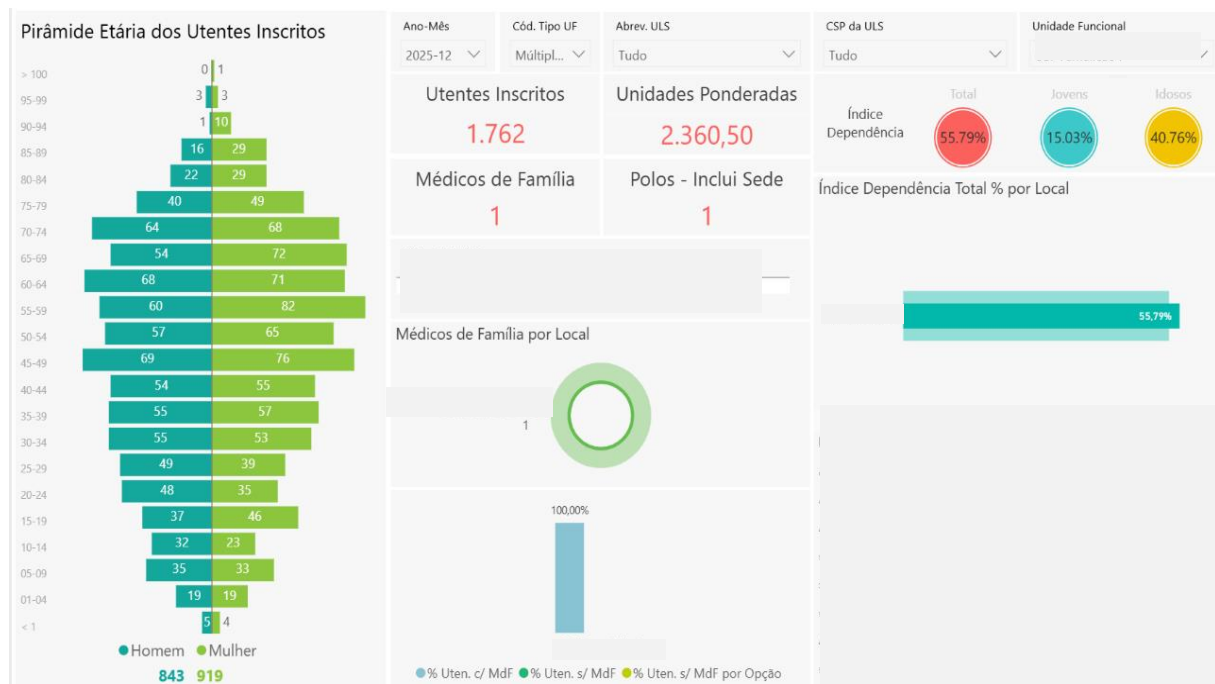


Figura 3- Pirâmide etária e índices demográficos dos utentes inscritos na lista da enfermeira tutora
Fonte: BI-CSP, 2025

Esta caracterização permite contextualizar a população acompanhada ao longo do estágio e sustentar a pertinência das intervenções e atividades desenvolvidas nos capítulos seguintes.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESEMPENHO DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Este capítulo apresenta uma análise crítica e sustentada do desenvolvimento das competências comuns e específicas mobilizadas na prática do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. A reflexão incide sobre o percurso realizado em estágio, articulando a experiência clínica com os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade da prática especializada e os contributos teóricos da Enfermagem de saúde Familiar.

A análise desenvolveu-se a partir da experiência vivida no acompanhamento da carteira da enfermeira tutora constituída por 757 famílias (MIM@UF, 2025), com uma média de dois elementos por agregado, predominam núcleos familiares pequenos, com necessidades diversas e em diferentes fases do ciclo vital. Neste contexto, importa salientar alguns aspetos da população acompanhada que mais diretamente condicionaram a mobilização das competências especializadas.

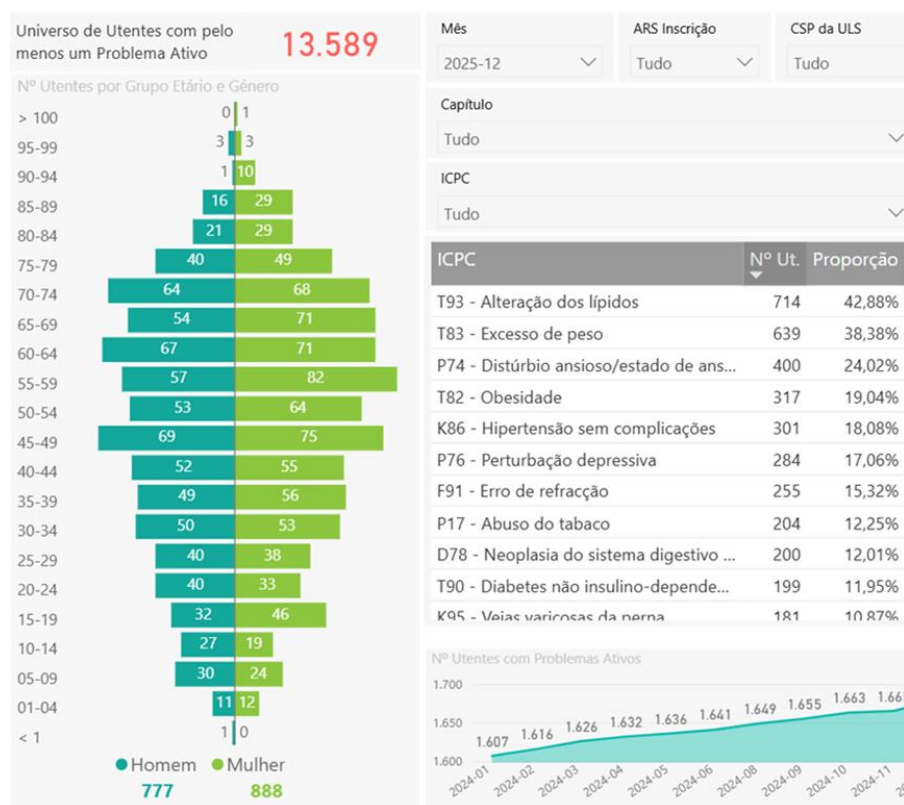


Figura 4- Universo de utentes com pelo menos um problema ativo da população acompanhada
Fonte: BI CSP, 2025

De acordo com os dados do BI CSP de dezembro de 2025 (Figura 4), a população acompanhada apresentava um perfil clínico marcado pela coexistência de problemas associados ao risco cardiometabólico e à saúde mental. Este perfil, articulado com o predomínio de utentes adultos e idosos, traduziu-se em necessidades complexas ao longo do acompanhamento longitudinal, gestão da doença crónica, apoio nas transições familiares e atenção às dimensões psicossociais do cuidado. Neste sentido, mais do que descrever atividades desenvolvidas, pretende-se evidenciar de que modo a teoria foi operacionalizada na prática e como os desafios vivenciados favoreceram o amadurecimento profissional e a construção de uma intervenção centrada na dignidade, na singularidade e necessidades das famílias acompanhadas.

3.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios: (A) responsabilidade profissional, ética e legal; (B) melhoria contínua da qualidade; (C) gestão dos cuidados; e (D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A reflexão que se segue estrutura-se por estes domínios, evidenciando a mobilização integrada do conhecimento, da relação terapêutica numa prática centrada na família. Estas competências comuns constituem a base transversal que sustenta a intervenção especializada descrita no subcapítulo 3.2, onde se aprofundam situações clínicas e familiares que evidenciam, de forma concreta, a família como unidade de cuidados, a co-construção do plano terapêutico e a continuidade ao longo do ciclo vital e das transições.

A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A1, A2)

Ao longo do estágio, a minha intervenção foi orientada por uma prática profissional segura, responsável e fundamentada, enquadrada nos princípios éticos, legais e deontológicos (A1). Na abordagem à pessoa e à família, assegurei a confidencialidade e a proteção da informação, salvaguardei a dignidade humana e promovi a decisão informada e partilhada, respeitando valores, crenças e especificidades socioculturais (A2).

Logo no início do estágio, formalizei o compromisso institucional de confidencialidade e proteção de dados da USF, assumindo o dever de sigilo e a utilização responsável da informação clínica no âmbito

da prestação de cuidados e da formação. Na prática, este compromisso traduziu-se no cumprimento rigoroso das normas de acesso e de registo nos sistemas de informação, na partilha apenas de informação estritamente necessária e na salvaguarda da privacidade em todos os contactos. Em todos os contextos tive particular atenção à criação de um espaço de comunicação terapêutica, com linguagem adequada, privacidade e promoção do bem-estar.

Em consulta, utilizei comunicação terapêutica ajustada ao nível de literacia, favorecendo a participação ativa e a corresponsabilização (A2). A educação para a saúde foi sempre planeada de modo individualizado e exequível no quotidiano, sendo a sua operacionalização e reavaliação ao longo do tempo ilustradas de forma mais detalhada no subcapítulo 3.2.

No domínio da segurança clínica e atuando no meu âmbito de competências, identifiquei situações que justificaram articulação com a equipa multiprofissional, nomeadamente com consulta médica, sempre que se revelou necessária avaliação clínica complementar (A1). Nesses casos, clarifiquei à pessoa e à família os motivos da referenciação/ articulação, assegurando o acompanhamento e a reavaliação posterior. Em situações de maior complexidade, discuti critérios e opções com a enfermeira tutora e articulei com a equipa, promovendo reflexão crítica sobre o processo e os resultados das decisões tomadas (A1).

B) Melhoria Contínua da Qualidade (B1, B2 e B3)

No domínio da melhoria contínua da qualidade, adotei uma postura proativa na identificação das necessidades e na implementação de respostas com impacto na prática assistencial e no acompanhamento das famílias (B1, B2). A partir da observação da unidade e do diálogo com os profissionais, identifiquei dificuldades na utilização da plataforma BI-CSP, nomeadamente no BI-Self-Service (Anexo 1). Reconhecendo o seu valor para monitorização de indicadores, análise de tendências e suporte ao planeamento, planeei e dinamizei uma ação de formação dirigida à equipa, adaptada ao contexto da USF.

A sessão integrou as componentes teóricas e práticas com demonstração guiada, consulta e interpretação de dados. Os profissionais demonstraram interesse e participaram ativamente colocando questões e sugerindo pesquisas com utilização de filtros e cruzamento de informação. O desenvolvimento desta formação promoveu maior autonomia e utilização consciente da informação como suporte à tomada de decisão (B1, B2).

Foi ainda reforçada a relação entre a qualidade dos registos e a fiabilidade dos indicadores: registos incompletos ou inconsistentes comprometem a leitura de resultados e a decisão clínica e organizacional. Por isso, a melhoria dos registos reforça a segurança, rastreabilidade e continuidade do cuidado (B3). Numa lógica de melhoria contínua recolhi feedback, respondi a dúvidas e acompanhei a aplicação prática dos conhecimentos no quotidiano, reforçando aspetos críticos identificados e consolidando a sua transferência para a prática (B2).

Procedi ainda à verificação da operacionalização do projeto “Cuidar de Quem Cuida”, desenvolvido no primeiro estágio (Anexo 2), com o objetivo de avaliar o seu grau de incorporação na prática atual. Os profissionais demonstravam conhecimento do procedimento e referiram sentir-se mais seguros na abordagem ao cuidador informal, evidenciando mais consistência na identificação de necessidades e na orientação para respostas.

Apesar de não existir um dossiê único e estruturado, cada profissional mantém atualizados os registos dos cuidadores informais das famílias que acompanha, incluindo documentação da aplicação e dos resultados (incluindo utilização da Escala de Zarit), da divulgação do folheto informativo produzido e da articulação com recursos comunitários sempre que pertinente. Esta monitorização reforçou a importância de uniformizar o processo de registo e sistematização da informação, favorecendo continuidade, rastreabilidade e melhoria contínua da qualidade do apoio ao cuidador informal e ao sistema familiar (B1, B2).

Ainda neste domínio, participei na dinamização de uma semana temática associada ao Dia Mundial da Diabetes, intitulada “Famílias Ativas na Prevenção da Diabetes: Capacitação Familiar e Rotinas Saudáveis ao Longo do Ciclo Vital” (Anexo 3). A intervenção centrou-se na promoção da literacia em saúde e na prevenção em diferentes fases do ciclo de vida. Para o efeito, foram afixados cartazes informativos para desfazer mitos e clarificar mensagens-chave.

Para crianças e famílias realizou-se uma demonstração prática da composição de uma lancheira saudável e equilibrada para a escola, promovendo o diálogo e escolhas realistas no quotidiano. As lancheiras ficaram expostas à entrada do serviço durante a semana temática. Complementarmente, dinamizou-se um concurso de desenhos sobre alimentação saudável para as crianças com convite à participação das suas famílias. A entrega dos trabalhos podia ser efetuada presencialmente ou por correio eletrónico. Esta iniciativa contribuiu para a capacitação familiar, transmitindo mensagens

preventivas numa abordagem sustentada na promoção da saúde e na melhoria contínua da qualidade (B2).

C) Gestão dos Cuidados (C1, C2)

No domínio da gestão dos cuidados, procurei assegurar continuidade, coordenação e integração das respostas, considerando a família como unidade de cuidados e as necessidades decorrentes do ciclo vital e das transições (C1). A intervenção foi orientada por prioridades identificadas em consulta e no acompanhamento familiar, articulando com a equipa e com recursos internos e externos à USF, de modo a garantir respostas atempadas e ajustadas ao contexto (C2). A concretização desta integração em situações familiares específicas é aprofundada no subcapítulo 3.2.

No que respeita a organização assistencial e à gestão da informação clínica, colaborei na atualização do estado vacinal relativo à COVID-19 e à gripe, através do SClínico Central, registando recusas apenas após esclarecimento e decisão informada. Este registo permitiu otimizar o planeamento do processo vacinal e contribuir para dados mais fiáveis, apoiando a priorização de intervenções e a tomada de decisão em equipa (C1, C2). Em termos práticos, esta intervenção contribuiu para uma gestão mais eficiente do processo (tempo e recursos), reforçando a continuidade e a coordenação do cuidado.

D) Desenvolvimento de aprendizagens profissionais (D1, D2)

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mantive uma postura proativa e reflexiva, orientada para a melhoria do desempenho e para a consolidação de competências avançadas compatíveis em Enfermagem de Saúde Familiar (D1). Valorizei a supervisão tutorial como espaço estruturado de aprendizagem, recorrendo à discussão sistemática de situações clínicas e familiares, à análise crítica das intervenções realizadas e à identificação de áreas de melhoria, com impacto direto no meu raciocínio clínico e na tomada de decisão (D1).

A reflexão partilhada em contexto de supervisão permitiu-me reformular a abordagem a famílias com dificuldades de adesão a recomendações de saúde, evoluindo de uma comunicação predominantemente informativa para intervenção mais exploratória das crenças e colaborativa, centrada nas crenças, significados e barreiras à mudança. Esta reorientação evidenciou o contributo da aprendizagem reflexiva para a qualidade da intervenção (D1).

Simultaneamente, investi na atualização científica e técnica (D2), privilegiando áreas com aplicação direta na prática em CSP e na Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo 4). Participei em eventos formativos, destacando-se as XVI Jornadas da Saúde Materna e Pediátrica do Médio Ave (11 e 12 de setembro de 2025) e as II Jornadas de Enfermagem dos CSP da ULS Barcelos/Esposende (7 de novembro de 2025), que contribuíram para reforçar conhecimentos em acompanhamento longitudinal, prevenção e capacitação das famílias. No âmbito da prevenção oncológica e da inovação aplicada aos cuidados, participei ainda nas V Jornadas do outubro Rosa (ULS Médio Ave), na sessão “A inteligência artificial no cancro da mama” (3 de outubro de 2025), reforçando a importância da literacia em saúde, do rastreio e do acompanhamento informado em contexto comunitário.

Complementarmente, frequentei ações promovidas pela Ordem dos Enfermeiros — “Enfermagem de Saúde Escolar na região Norte: como estamos e para onde queremos ir?” (25 de setembro de 2025), “Vacinação: Governança e Prática na Atualidade” (13 de novembro de 2025) e “Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização” (11 de dezembro de 2025) — aprofundando fundamentos ético-deontológicos e dimensões de segurança e qualidade assistencial em contexto comunitário (D2). Participei ainda em webinars da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC) centrados na priorização da vacinação infantil contra a gripe (29 de setembro de 2025) e na prevenção de úlceras por pressão com base em linhas orientadoras e evidência (30 de setembro de 2025), conteúdos com aplicação no acompanhamento de famílias e pessoas em situação de maior vulnerabilidade. A integração destes conteúdos refletiu-se na minha abordagem à educação para a saúde, na segurança do ato vacinal e na consistência das orientações transmitidas às famílias.

Adicionalmente, o planeamento e a dinamização da formação interna sobre BI-CSP (BI Self-Service) constituíram um momento relevante de desenvolvimento profissional, exigindo sistematização de conhecimento, preparação de materiais e adaptação da comunicação a diferentes perfis de utilizadores. Esta experiência reforçou a capacidade de transformar informação em aprendizagem aplicável à prática da equipa e de promover a utilização de indicadores como suporte ao planeamento e à tomada de decisão (D2).

3.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, segundo a Ordem dos Enfermeiros, organizam-se em dois eixos: (1) cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e (2) liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Após a explicação do desenvolvimento das competências comuns no subcapítulo 3.1, apresento de seguida como essa base transversal (ética, qualidade gestão e aprendizagem) sustentou a mobilização das competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar. A reflexão centra-se no cuidado à família enquanto unidade de cuidados e na liderança ou colaboração em processos de intervenção familiar, valorizando a parceria terapêutica, co-construção do plano e continuidade.

A intervenção descrita neste subcapítulo foi igualmente orientada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, enquanto referencial para uma prática centrada na família como unidade de cuidados promotora de continuidade ao longo do ciclo vital e sustentada na parceria terapêutica e na capacitação do sistema familiar. Estes padrões reforçam a necessidade de integrar a dimensão relacional e contextual com a dimensão clínica, assegurando consistência na avaliação, no planeamento, na intervenção e na reavaliação, bem como na documentação e rastreabilidade do cuidado especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A mobilização das competências específicas assentou numa matriz teórica integradora própria da Enfermagem de Saúde Familiar, centrada na família enquanto sistema, nas transições ao longo do ciclo vital e na parceria terapêutica. A compreensão da família como unidade dinâmica e interdependente orientou a leitura das situações clínicas e familiares, reconhecendo que alterações num dos seus membros influenciam o funcionamento global do sistema (Rolland, 1987)

O enquadramento nas transições familiares e no ciclo vital permitiu compreender as tarefas desenvolvimentais, a reorganização de papéis e o impacto da doença crónica na dinâmica familiar, apoiando intervenções ajustadas às diferentes fases do ciclo de vida (Carter & McGoldrick, 1988; Meleis, 2010; Relvas, 2000).

Em paralelo, a promoção da adesão e da mudança comportamental foi trabalhada através da negociação de metas graduais e realistas, valorizando a autoeficácia da pessoa e da família (Bandura, 1997).

Operacionalmente, recorri ao Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, adotado como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária da Ordem dos Enfermeiros, por permitir estruturar a avaliação nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional e orientar intervenções terapêuticas nas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Wright & Leahey, 2009). Em complementaridade, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar constituiu o referencial estruturante para integrar informação, formular diagnósticos, planejar intervenções e assegurar registo e continuidade de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários (Figueiredo, 2012).

Domínio 1– Cuida a família enquanto unidade de cuidados e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Ao longo do estágio, desenvolvi cuidados centrados na família como unidade de cuidados, partindo do pressuposto de que a condição de saúde de um membro influencia o funcionamento do sistema familiar, as rotinas, a distribuição de papéis e a capacidade adaptativa (Rolland, 1987; Von Bertalanffy, 1988). Esta orientação foi consistente com a Enfermagem de Saúde Familiar ao integrar a família simultaneamente como foco e contexto de cuidado, valorizando relações, significados, forças e recursos na construção de intervenções terapêuticas e sustentáveis. Procurei que a consulta fosse um encontro clínico onde se co-construíram metas e estratégias exequíveis no quotidiano, promovendo autonomia, corresponsabilização e ganhos em saúde.

A aliança terapêutica foi central nas consultas de saúde materna neonatal, vigilância infantil, acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão e em tratamentos de feridas. Procurei que a entrevista e os contactos de seguimento fossem intencionalmente terapêuticos, promovendo colaboração e a mudança através de comunicação terapêutica, validação emocional, perguntas orientadas para significados e envolvimento da família na tomada da decisão quando clinicamente pertinente e com consentimento. Esta intencionalidade foi visível na forma como retomei temas nos

contactos seguintes, desenvolvendo uma síntese do acordado e reavaliando o que necessitava de ajuste, concretizando uma lógica de feedback e reorientação do plano (Wiener, 2019).

A avaliação familiar foi sustentada por instrumentos coerentes com a prática em Enfermagem de Saúde Familiar e com o registo estruturado. Recorri à elaboração de genogramas e ecomapas para mapear estrutura padrões relacionais e rede de suporte formal e informal, orientando intervenções ajustadas ao contexto e facilitando mobilização de recursos; esta informação foi articulada com o MDAIF, favorecendo decisão clínica, continuidade e rastreabilidade (Figueiredo, 2012). Complementarmente, utilizei o APGAR Familiar como instrumento de monitorização da perceção de funcionalidade familiar (Smilkstein, 1978), reaplicando-o quando pertinente para comparar perceções ao longo do tempo e apoiar decisões sobre o que manter, reforçar ou modificar no plano.

Para aprofundar a avaliação funcional e a dinâmica relacional, utilizei também a FACES II (Family Adptability and Cohesion Evaluation Scales) (Olson et al., 1982), permitindo apreciar coesão e adaptabilidade familiares, e a F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales) (McCubbin et al., 1981), que apoia a identificação de estratégias de coping e de mobilização dos recursos perante stress e crise. Estes instrumentos complementaram o APGAR Familiar e foram interpretados em articulação com as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional do Modelo de Calgary, reforçando a coerência entre avaliação, intervenção e reavaliação.

Foi realizada avaliação socioeconómica através da Escala de Graffar (Amaro, 1990; Graffar, 1956), permitindo compreender como recursos disponíveis, condições de vida e constrangimentos económicos influenciam rotinas, acesso a cuidados, adesão terapêutica e capacidade de respostas às exigências do ciclo vital. Esta leitura contextual apoiou uma abordagem sensível aos determinantes sociais da saúde, evitando orientações desadequadas e reforçando intervenções ajustadas e respeitadoras da realidade familiar (Goffman, 1986; Parsons, 1991). Sempre que identifiquei aglomeração de acontecimentos de vida com impacto provável no bem-estar e no funcionamento familiar, complementei a avaliação com a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe como suporte à identificação de carga de stress e à priorização de intervenções centradas em coping e suporte (Holmes e Rahe, 1967).

No ciclo vital e nas transições, mobilizei de forma evidente a Teoria das Transições na consulta do puerpério articulada com a primeira consulta de vigilância do recém-nascido, acompanhando a transição para a parentalidade como processo. Observei a vinculação e as interações precoces entre o bebé e a mãe e/ou outro adulto de referência, bem como a adaptação do sistema familiar às novas

rotinas e à reorganização de papéis (Meleis, 2010). Identifiquei dificuldades frequentes (exaustão, insegurança nos cuidados, alterações do sono, dor e dificuldades na amamentação, gestão do quotidiano) e intervim com validação emocional, reforço de competências parentais, clarificação de prioridades, ajustando estratégias à realidade familiar. Em contactos subsequentes, reavaliei dúvidas, práticas e evolução, reforçando o que estava a funcionar e reajustando o plano quando persistiam barreiras.

Na vigilância infantil, a educação para a saúde foi orientada para capacitação parental e promoção do desenvolvimento saudável, ajustando intervenções à fase do ciclo de vida e às necessidades concretas da família (Carter & McGoldrick, 1988; Meleis, 2010). Realizei educação para a saúde sobre a amamentação, a alimentação no primeiro ano de vida (incluindo progressão das texturas e estimulação da mastigação), estimulação e organização de rotinas protetoras (incluindo limitação de tempo de ecrã). A prevenção de acidentes foi também abordada de forma sistemática, com recomendações relativas a intoxicações medicamentosas e por produtos domésticos, quedas, queimaduras, afogamentos, ajustando de acordo com o contexto de cada família. Dei particular atenção a transições suscetíveis de afetar o comportamento e bem-estar, como por exemplo mudanças de escola, explorando alterações do sono, humor, apetite, rendimento escolar, interação com os pares, queixas somáticas e sinais de retraimento/ irritabilidade. Procurei sempre envolver a família, auxiliando na co-identificação de estratégias familiares promotoras de estabilidade que foram reavaliadas em contactos seguintes.

A consulta do adolescente constituiu um espaço privilegiado para integrar a dimensão desenvolvimental e psicossocial do cuidado familiar, reforçando fatores protetores e promovendo a literacia em saúde. Nas consultas trabalhei a comunicação familiar entre adolescentes e pais. Abordei a importância da higiene, alterações desenvolvimentais como alterações corporais e menarca, crenças, mitos. Avaliei as forças e recursos familiares, potenciais barreiras e facilitei a co-construção de plano de cuidados familiar que reavaliei em consultas subsequentes. Realcei a importância de se promover abertura nos diálogos em família e promover a autonomia que se deve construir de forma progressiva, com supervisão ajustada, confiança e responsabilidade graduais.

Um exemplo disso consistiu numa ocasião em que uma outra adolescente verbalizou sofrimento associado a dificuldades de integração com pares, relacionadas com um desenvolvimento pubertário percecionado como tardio. Tal facto referia ter impacto no seu bem-estar. Foi investido esforço no reforço da auto-estima e na capacitação para coping, normalizando a variabilidade do fenómeno

desenvolvimento pubertário. A intervenção centrou-se no envolvimento da mãe que a acompanhou à consulta. Em conjunto ficou decidido que iria adequar a roupa para tentar disfarçar o seu desenvolvimento. Na consulta subsequente, cerca de um mês depois, pude reavaliar o impacto positivo na sua auto-estima, que se verificava inclusive na sua postura corporal, mais ereta, que demonstrava mais confiança em si própria.

Num outro momento, uma adolescente recorreu à consulta acompanhada pela mãe. Num contexto de doença neurodegenerativa do pai, com comportamentos disruptivos/ agressivos associados à progressão da doença, demonstravam impacto emocional e nas rotinas familiares. Após assegurar um espaço para comunicação terapêutica e, quando apropriado um momento de privacidade com a adolescente, explorei emoções, crenças e significados associados a esta transição familiar, bem como estratégias de coping e recursos disponíveis, validando o sofrimento e reduzindo a autocrítica por “se deixar afetar”. A avaliação integrou dimensões estruturais (rede de suporte), desenvolvimentais (tarefas da adolescência) e funcionais (comunicação, padrões de apoio e tensão), identificando sinais de vulnerabilidade emocional. A intervenção incluiu componentes afetivas (validação/normalização), cognitivas (psicoeducação sobre o impacto da doença na família e respostas emocionais expectáveis) e comportamentais (negociação de estratégias de autoregulação e rotinas autocuidado), com consentimento para articulação com suporte psicológico e seguimento para reavaliação do ajustamento e do funcionamento familiar, garantindo assim a continuidade dos cuidados.

No acompanhamento de pessoas com doença crónica como diabetes e hipertensão arterial, a intervenção integrou a prevenção de complicações e a capacitação para a gestão da doença, envolvendo familiares quando pertinente e sempre com consentimento da pessoa. Foi reconhecido que o suporte familiar, reorganização de rotinas e papéis influenciam a gestão da doença crónica e a adesão (Bandura, 1997; Rolland, 1987). Negocie metas realistas e graduais, detetei antecipadamente barreiras, relacionei vantagens e reavaliei a adesão em consultas posteriores, orientando a intervenção para reforço de autoeficácia e compromisso progressivo com a mudança. Em termos concretos, num caso de consumo muito elevado de pão refinado, facilitei a co-construção de uma simples estratégia que consistiu em privilegiar pão escuro/integral/fibras e reduzir à quantidade adquirida diariamente. Negocie metas graduais e reavaliei nas consultas seguintes identificando desvios e reajustando o plano em parceria com a família de modo a conseguir que se encontrasse uma meta satisfatória para todos, promovendo o controlo das complicações da doença e o equilíbrio e harmonia familiar. Os desajustes

analíticos por mau controlo da doença, começavam já a demonstrar impacto nas relações e comunicação familiar (culpavam-se mutuamente).

Numa outra situação, estabeleci relação terapêutica com um utente que vivia sozinho e que trabalhava no terceiro turno numa empresa têxtil, como operário têxtil. Na consulta ao avaliar a gestão do regime terapêutico, verifiquei que o utente tinha conhecimento sobre o regime terapêutico, mas no âmbito do regime medicamentoso a maioria das vezes não fazia a medicação ao fim de semana. Explorando conjuntamente potenciais soluções foi negociada a utilização de lembretes no telemóvel para esse período da semana. Esta intervenção foi avaliada na consulta seguinte. O utente afirmou que essa intervenção lhe permitiu reduzir o número de esquecimentos e melhorar o controlo da doença. A exploração rotinas e de crenças revelou-se determinante em situações de não cumprimento do regime terapêutico como esta e uma outra que apresento de seguida. No desenvolvimento de uma consulta de vigilância de uma utente com diabetes mellitus tipo II, esta referiu que suspendeu a toma de medicação após análises clínicas que a própria pagou demonstrarem valores mais baixos do que quando o médico lhe prescreveu a medicação. A utente interpretou o resultado como uma evidência de um erro no diagnóstico. Compareceu à consulta tendo realizado as análises que o médico lhe pediu expressamente que fizesse na semana antes da consulta e os valores de hemoglobina glicada eram elevados. Para além da abordagem centrada na utente, a situação foi enquadrada numa perspetiva sistémica, considerando a família como unidade de cuidados.

A suspensão unilateral da medicação após a leitura de resultados analíticos evidenciou a influência de crenças e significados atribuídos à doença e ao tratamento, com repercussões no autocuidado e no controlo metabólico. Assim, procurei compreender o contexto familiar, explorando com a utente e marido, que a acompanhava, a dinâmica de tomada de decisão em saúde, rotinas domésticas, fontes de suporte e eventuais barreiras à adesão, de acordo com a abordagem colaborativa preconizada na Enfermagem de Saúde Familiar (Wright & Leahey, 2009).

Neste enquadramento, realizei educação terapêutica dirigida à utente e família, clarificando o significado da hemoglobina glicada como indicador de controlo glicémico a médio prazo, distinguindo-a de valores pontuais, e negociando um plano de ação realista para retomar a terapêutica prescrita e reorganizar rotinas (alimentação, vigilância glicémica, atividade física e gestão de medicação). Foram reforçadas estratégias de coping e literacia em saúde, promovendo corresponsabilização e apoio familiar na gestão da doença crónica, adequando a intervenção à fase do ciclo vital e às transições vivenciadas pela família. Esta atuação permitiu sustentar cuidados integrados e longitudinais, centrados

simultaneamente na pessoa e no sistema familiar, orientados para a prevenção de complicações e para o aumento da autonomia familiar.

Estas situações reforçaram a necessidade de integrar a experiência vivida, as crenças e a exequibilidade do regime terapêutico no quotidiano, evitando restringir a intervenção a indicadores biométricos isolados. Em parceria com a pessoa e com a família, validei a experiência e as preocupações expressas, clarifiquei riscos e benefícios, negocie alternativas exequíveis e reforcei critérios de contacto precoce perante sinais de alarme ou intolerância, assegurando reavaliação e continuidade de cuidados.

No cuidado ao utente com ferida, a intervenção compreendeu o procedimento técnico e a capacitação da pessoa e família para cuidados no domicílio para promoção de um processo seguro de cicatrização (cuidados com o penso, a importância da alimentação), prevenção de complicações e controlo da dor. No caso particular de um utente com fístula anal, e após consentimento informado do utente e da esposa, promovi um espaço de comunicação terapêutica para expressão de dúvidas e receios, clarificando objetivos, limites e expectativas dos cuidados. Numa lógica colaborativa e centrada na família, envolvi a esposa como parceira do cuidar, capacitando-a para apoiar os cuidados de higiene diários e a vigilância de sinais inflamatórios/complicações, reforçando medidas de prevenção e critérios de contacto precoce. Nas consultas subsequentes, reavaliei sistematicamente a evolução clínica, o impacto no quotidiano e a exequibilidade do plano no contexto familiar, ajustando as orientações e o plano co-construído em função dos resultados e das necessidades emergentes, em consonância com uma abordagem dinâmica de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

A evidência longitudinal desta competência foi particularmente consolidada através do estudo de caso desenvolvido no primeiro estágio. Este permitiu uma avaliação e intervenção familiar profundas junto de uma família a vivenciar transições simultâneas, com repercussões na reorganização de papéis, nos padrões de comunicação e nas estratégias de coping (Carter & McGoldrick, 1988; Rolland, 1987)

No decurso deste estágio, foram realizadas consultas de seguimento, reavaliação do APGAR Familiar ao utente e à esposa, permitindo monitorizar a perceção do funcionamento familiar e reajustar prioridades de intervenção em função da resposta da família (Duarte et al., 2024; Smilkstein, 1978).

Verificaram-se ganhos em saúde (o utente reduziu cerca de 10 kg e mantém caminhadas regulares com a esposa, cinco dias por semana, no parque urbano) e melhoria da adaptação familiar, expressos

numa maior capacidade de reorganização e gestão das exigências associadas à condição crónica. Ainda assim, manteve-se vigilância continuada, atendendo à cronicidade da situação e à persistência de transições em curso, reforçando a natureza longitudinal do cuidado em Enfermagem de Saúde Familiar (Rolland, 1987).

Em suma, neste domínio ficou particularmente evidente a utilização do processo de enfermagem em saúde familiar (avaliar, diagnosticar, planejar, intervir e reavaliar), com intervenções de promoção da saúde e prevenção ajustadas ao ciclo vital, às transições e ao contexto concreto de cada família.

Domínio 2- Lidera e colabora nos processos de intervenção do âmbito de enfermagem de saúde familiar

O desenvolvimento desta competência traduziu-se na articulação sistemática com a equipa multiprofissional e com recursos internos e externos da ULS, promovendo respostas integradas e continuidade de cuidados centrados na família. Esta colaboração, coerente com a perspetiva sistémica, implicou coordenação de intervenções, comunicação eficaz e registos estruturados, garantindo coerência, monitorização e acompanhamento do plano de cuidados ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

No âmbito da intervenção clínica, recorri à articulação entre serviços sempre que a avaliação familiar evidenciou necessidades que beneficiavam de respostas complementares. Em particular, foi efetuada referenciação interna através do SClinico e articulação com a UCC, enquanto recurso interno da ULS, para intervenções de apoio ao aleitamento materno, sessões de massagem infantil e preparação para a parentalidade, quando se identificaram necessidades nestas áreas. Adicionalmente, sempre que pertinente, procedi a encaminhamentos e articulações para respostas como podologia e suporte psicológico, assegurando esclarecimento prévio à pessoa e família, promoção de decisão informada e reavaliação em consultas subsequentes. A resposta obtida foi integrada no plano de intervenção familiar, com reajuste de prioridades em função dos resultados e da evolução das necessidades.

Complementarmente, conforme descrito no subcapítulo 3.1, as iniciativas de natureza organizacional e de melhoria contínua (formação BI-CSP/BI Self-Service, monitorização do projeto “Cuidar de Quem Cuida”, atualização do estado vacinal COVID-19 e gripe e dinamização da semana do Dia Mundial da Diabetes) constituíram evidência desta competência por reforçarem a liderança colaborativa, a

organização do trabalho e a continuidade de cuidados. Em particular, contribuíram para a melhoria da consistência dos registos e para maior autonomia da equipa na leitura e utilização de indicadores, apoiando o planeamento e a priorização de intervenções preventivas com impacto no acompanhamento longitudinal das famílias.

4. ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO EM FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

A componente de investigação deste relatório assume expressão neste capítulo, dedicado ao estudo da associação entre tempo em família e saúde mental em crianças em idade escolar em contextos de vulnerabilidade social. A escolha desta temática sustenta-se na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os fatores familiares potencialmente protetores do ajustamento psicossocial infantil, particularmente em crianças marcadas por maior exposição à adversidade e desigualdade social.

Neste sentido, expõe-se o estudo desenvolvido no âmbito do projeto BeE-School, que contempla a fundamentação teórica que o sustenta, o percurso metodológico, seguido dos resultados obtidos e da respetiva discussão. Pretende-se, assim, não apenas contribuir para o conhecimento sobre a problemática em análise, mas também evidenciar a sua relevância para a Enfermagem de Saúde Familiar, em especial no que se refere à família enquanto unidade de cuidados e ao desenvolvimento de intervenções sensíveis ao contexto familiar e social.

O capítulo termina com a sistematização das principais conclusões do estudo, destacando-se as implicações dos achados para a prática clínica e para futuras linhas de investigação.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A saúde mental é considerada uma prioridade para os serviços e políticas públicas em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, integrando ações de promoção e prevenção e assegurando respostas assistenciais organizadas e baseadas na evidência (OMS, 2021). Entendida como um estado de bem-estar que permite ao indivíduo lidar com as exigências da vida, aprender e trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade, a saúde mental não se reduz à ausência de perturbação mental, pelo contrário, integra capacidades adaptativas essenciais (OMS, 2025b).

Num enquadramento ecológico, a saúde mental resulta da interação contínua entre fatores individuais e os contextos familiar, escolar e comunitário. Resulta de um equilíbrio entre fatores de risco e de proteção que se podem acumular ao longo do tempo e influenciarem-se mutuamente (Bronfenbrenner, 1981). Neste sentido, a infância e a adolescência constituem etapas particularmente relevantes para a

promoção da saúde mental e para a prevenção de problemas, pois correspondem a períodos sensíveis do desenvolvimento, nos quais experiências e exposições podem influenciar trajetórias futuras de saúde e bem-estar (OMS, 2025a).

Particularmente, em idade escolar, consolidam-se competências cognitivas, emocionais e sociais, bem como processos de autorregulação e de funções executivas que sustentam a adaptação aos diferentes contextos de vida (Del Giudice, 2018). Por isso, investigar os fatores que influenciam esta fase torna-se fundamental para orientar intervenções precoces e promover um desenvolvimento saudável.

A literatura na área do desenvolvimento e da psicopatologia indica que, nesta fase, podem emergir ou tornar-se mais evidentes, dificuldades emocionais, comportamentais e relacionais, bem como problemas de atenção e de autorregulação, dimensões habitualmente contempladas em instrumentos de rastreio como o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Essau et al., 2012; Goodman, 1997). Estas manifestações, ainda que não correspondam a um diagnóstico formal, podem refletir-se no rendimento académico, na integração social, no autoconceito e na dinâmica familiar. Torna-se, por isso, pertinente desenvolver intervenções preventivas precoces e de monitorização sistemática. Deste modo, o SDQ constitui um instrumento breve e amplamente utilizado em contextos clínicos e educativos que permite detetar áreas de vulnerabilidade e apoiar a orientação de intervenções preventivas em colaboração com famílias e escolas (Goodman, 1997).

A família, enquanto instituição social e contexto relacional primário de desenvolvimento, ocupa um papel central na transmissão de normas, valores, cultura e suporte emocional (Ganiyeva, 2022; Gomes, 1992). A perspetiva sistémica reforça que qualquer acontecimento que afete um dos seus membros tende a repercutir-se nos restantes, desencadeando adaptações que conduzam a um novo equilíbrio dinâmico (Dias, 2011, 2015; Wright & Leahey, 2009). Posto isto, diversos autores associam as transformações sociais e tecnológicas das últimas décadas a alterações nas rotinas e nos padrões de convivência familiar, com potenciais repercussões na disponibilidade de tempo partilhado, na qualidade das interações e na forma como se organizam as respostas às necessidades das crianças (Nomaguchi & Milkie, 2020; Selman & Dilworth-Bart, 2024).

É reconhecido que as experiências familiares e a qualidade das relações intrafamiliares são determinantes no desenvolvimento infantil. Ambientes familiares que promovem segurança emocional, comunicação consistente, responsividade parental, rotinas estruturadas e suporte social contribuem para competências socioemocionais mais robustas, melhor regulação emocional e comportamental e

maior capacidade de adaptação às exigências do contexto escolar (Lin et al., 2024; Masten & Coatsworth, 1998; Repetti et al., 2002). Por outro lado, contextos marcados por instabilidade, conflito, ausência de suporte ou acumulação de adversidades podem aumentar a vulnerabilidade para dificuldades emocionais e comportamentais (Espírito Santo, 2021; Repetti et al., 2002).

Sabe-se que a relação entre adversidade e saúde mental não é linear. A acumulação de riscos tende a aumentar a probabilidade de dificuldades, mas a presença de fatores protetores pode atenuar ou mesmo alterar esse efeito, favorecendo trajetórias de maior resiliência (Espírito Santo, 2021; Matsukura et al., 2012). Entre os potenciais fatores protetores, a literatura tem destacado a relevância das rotinas familiares e dos momentos partilhados (Selman & Dilworth-Bart, 2024). O tempo em família tem sido indicado como um elemento com potencial impacto no ajustamento infantil (Hosokawa et al., 2023; Li & Guo, 2023; Vagni, 2022). Porém, mais do que a quantidade de tempo disponível, vários autores destacam a importância da sua qualidade, distinguindo “tempo ativo” (caracterizado pela participação, envolvimento e interação significativa) de “tempo não ativo” (associado a momentos de copresença com interação limitada, com impacto potencialmente menor na coesão e bem-estar) (Moro-Egido, 2012). Apesar destes contributos, continua a ser pertinente aprofundar o conhecimento sobre o tempo em família, particularmente em crianças e famílias inseridas em contextos de maior vulnerabilidade social, onde a exposição a fatores de risco tende a ser mais intensa e persistente (Grüning Parache et al., 2024). As escolas que integram agrupamentos TEIP (Territórios Educativos de Intervenção Prioritária) estão frequentemente associadas a maiores níveis de vulnerabilidade social, económica e cultural, bem como a desafios ao nível do abandono e insucesso escolar, inclusão e coesão social (Abrantes, 2022; Ferreira, 2010). Nestes contextos, as crianças e as famílias podem enfrentar múltiplas adversidades que condicionam a estabilidade das rotinas e a qualidade das interações, com possíveis repercussões no equilíbrio emocional e no desenvolvimento socioemocional.

Investigar a associação entre tempo em família e indicadores de saúde mental infantil em crianças que integram agrupamentos TEIP assume relevância não apenas académica, mas também prática, por apoiar intervenções mais ajustadas às necessidades de populações de maior risco. Aliás, esta linha de investigação alinha-se diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos pela Organização das Nações Unidas, na sua Agenda 2030. Assim, contribui para o alcance de várias metas: ODS 3 (Saúde e bem-estar), através da promoção da saúde mental infantil e do fortalecimento dos fatores de proteção familiar; ODS 4 (Educação de Qualidade), ao reconhecer a interdependência entre o bem-estar socioemocional e o sucesso escolar; e para o ODS 10 (Redução das Desigualdades),

ao centrar-se em contextos de maior vulnerabilidade e na promoção de equidade no acesso a oportunidades de desenvolvimento.

Neste enquadramento, a Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel particularmente relevante pela proximidade às famílias e pelo acompanhamento longitudinal ao longo do ciclo de vida, permitindo identificar precocemente fatores de risco, apoiar práticas parentais positivas e implementar estratégias que promovem o bem-estar infantil e a saúde mental familiar (Gasperini et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Wright & Leahey, 2009). A utilização de instrumentos de rastreio como o SDQ pode apoiar a identificação de necessidades, a monitorização de sinais de vulnerabilidade e a orientação de intervenções em parceria com famílias e escolas, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Apesar de a literatura reconhecer a importância das rotinas familiares e do tempo partilhado para o ajustamento infantil, permanece escassa a evidência sobre a associação entre o tempo em família e indicadores específicos de saúde mental em crianças inseridas em contextos de elevada vulnerabilidade social. São poucos os estudos centrados em crianças que frequentam agrupamentos TEIP, contextos nos quais a acumulação de desvantagens sociais, económicas e educativas poderá tornar os recursos familiares especialmente relevantes enquanto fatores de proteção. Acresce que a literatura nem sempre distingue as diferentes modalidades de tempo em família, dificultando a compreensão de como formas distintas de convivência familiar se podem associar ao ajustamento infantil.

Neste contexto, o presente estudo procura contribuir para esclarecer e aprofundar o conhecimento sobre a relação entre tempo em família e a saúde mental infantil, analisando essa associação em crianças em idade escolar integradas em agrupamentos TEIP no Norte de Portugal. O seu carácter diferenciador reside, por um lado, no foco numa população socialmente vulnerável, e por outro, na distinção entre tempo total em família, tempo ativo e tempo não ativo. Ao explorar estas diferentes dimensões, o estudo poderá fornecer evidência útil para a prática da Enfermagem de Saúde Comunitária e da Enfermagem de Saúde Familiar, apoiando intervenções precoces, contextualizadas e centradas nas necessidades das crianças e das famílias.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a associação entre o tempo em família e a saúde mental em crianças em idade escolar inseridas em contextos de vulnerabilidade social, especificamente em crianças integradas em agrupamentos TEIP.

4.2. METODOLOGIA

Desenho de Estudo e Ética

O presente estudo integra o projeto BeE-School, um estudo mais alargado que acompanha o desenvolvimento e a implementação de uma intervenção complexa em escolas do 1.º ciclo inseridas em contextos de vulnerabilidade social, designadamente em agrupamentos TEIP no Norte de Portugal (Duarte et al., 2024). No âmbito deste trabalho, foram utilizados dados recolhidos no momento inicial do projeto de investigação (*baseline*), antes da implementação da intervenção, configurando-se, assim, como um estudo observacional, transversal e analítico.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho (CEICVS 009/2022) e conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia.

A participação ocorreu mediante a obtenção do consentimento informado dos pais ou responsáveis legais e do assentimento das crianças.

Participantes

Foram incluídas crianças a frequentar escolas do 1.º ciclo integradas em agrupamentos TEIP no Norte de Portugal, bem como os respetivos pais ou responsáveis legais, que responderam aos instrumentos utilizados na recolha de dados no momento inicial do projeto.

Foram excluídas crianças com limitações cognitivas ou físicas, que inviabilizassem a participação nos procedimentos de avaliação previstos no protocolo do estudo.

A amostra integrou 735 crianças, provenientes de 10 escolas do 1.º ciclo, integradas em agrupamentos TEIP.

Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas e socioeconómicas consideradas incluíram a idade e o sexo da criança, a escolaridade parental, a ocupação parental, a situação profissional do agregado e o rendimento familiar, com base nas respostas obtidas pelos pais ou responsáveis legais ao questionário desenvolvido no âmbito do *baseline* do projeto. Relativamente à escolaridade, foi considerado o nível de escolaridade mais elevado do agregado familiar, categorizado em três níveis: até ao 3.º ciclo, ensino

secundário e ensino superior. A profissão da mãe e do pai foi classificada segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, de acordo com a CITE/ISCO (Classificação Internacional para Tipo de Profissões/ International Standard Classification of Occupations), e posteriormente agrupada em três classes decrescentes de poder económico e prestígio social (alta, média, baixa). Para efeitos analíticos, foi utilizada a categoria mais elevada do agregado familiar. O rendimento mensal familiar foi distribuído por quatro escalões: ≤1000€, 1001–1500€, 1501–2000€ e ≥2001€. Adicionalmente, foi registada a situação profissional do agregado (empregado ou desempregado).

Tempo em família

Para avaliar o tempo em família, recorreu-se ao conjunto de oito itens do questionário do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Currie et al., 2014), preenchido pelos pais ou responsáveis legais. Este conjunto de itens avalia a frequência com que a família realiza oito atividades em conjunto: (1) ver televisão ou vídeos, (2) brincar em espaços interiores, (3) fazer uma refeição, (4) caminhar, (5) visitar novos locais, (6) visitar amigos ou familiares, (7) praticar desporto e (8) sentar e conversar. As opções de resposta variam entre nunca (1), menos de uma vez por semana (2), uma vez por semana (3), maioria dos dias da semana (4) e todos os dias (5).

A partir das respostas obtidas, foram calculadas três dimensões: tempo total em família, correspondente à soma dos oito itens (8-40 pontos); tempo ativo em família, calculado a partir dos itens 4, 5 e 7 (3-15 pontos); e o tempo não ativo em família, obtido pelo somatório dos itens 1, 2, 3, 6 e 8 (5-25 pontos). Pontuações mais elevadas em cada dimensão correspondem a maior frequência de atividades em família (Currie et al., 2014).

Saúde Mental das Crianças:

A saúde mental das crianças em estudo foi avaliada através do Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), na versão dirigida aos pais e adaptada para Portugal por Fleitlich et al. (2005). Este instrumento avalia aspetos do funcionamento psicossocial infantil, integrando indicadores de dificuldades e competências. É composto por 25 itens, com três opções de resposta, que consideram o comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar: “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é totalmente verdade”.

A pontuação do SDQ permite obter cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento

prosocial. Cada subescala varia entre 0 e 10 pontos. Adicionalmente, foi considerada a pontuação do total de dificuldades, calculada a partir da soma das subescalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas. O comportamento prosocial foi analisado separadamente, uma vez que corresponde a uma dimensão positiva do funcionamento psicossocial. A pontuação do total de dificuldades pode assim variar entre 0 e 40 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior nível de dificuldades psicossociais.

Análise dos dados

A análise descritiva das variáveis foi realizada com recurso a medidas de tendência central e de dispersão, adequadas à natureza de cada variável. As variáveis quantitativas foram apresentadas através da média e do desvio padrão e as qualitativas por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para analisar a associação entre o tempo em família e a saúde mental das crianças, foram utilizados modelos de regressão linear simples (modelo não ajustado) e modelos de regressão linear ajustados. As variáveis independentes consideradas foram o tempo total em família, o tempo ativo em família e o tempo não ativo em família. As variáveis dependentes corresponderam às subescalas do SDQ e à pontuação do total de dificuldades. Nos modelos ajustados, foram incluídas as covariáveis idade, sexo, situação profissional do agregado, escolaridade parental e categoria profissional mais elevada no agregado.

O tratamento e a análise dos dados foram realizados com recurso ao IBM SPSS Statistics, versão 30.0.0.0 (172). Foi considerado um nível de significância de 0,05.

4.3. RESULTADOS

Participaram no estudo 735 crianças, das quais 380 (51,7%) do sexo masculino e 355 (48,3%) do sexo feminino, com uma média de idades de 7,7 anos ($DP=1,2$). A caracterização sociodemográfica, socioeconómica e das variáveis em estudo encontra-se apresentada na Tabela 1. Importa assinalar que o número de respostas válidas variou entre variáveis, pelo que as percentagens apresentadas foram calculadas com base no número de respostas válidas para cada caso.

No que respeita às características sociodemográficas e socioeconómicas da amostra, observou-se o predomínio de agregados com escolaridade máxima correspondente ao ensino superior (49,8%),

seguidos do ensino secundário (36,7%), sendo o ensino até ao 3.º ciclo o menos frequente (13,4%). Relativamente à categoria profissional mais elevada no agregado familiar, verificou-se o predomínio da categoria alta (51,3%), seguida da média (33,4%) e da baixa (15,3%). Quanto à situação profissional, a maioria dos agregados encontrava-se empregada (76,7%), enquanto que a distribuição do rendimento familiar se revelou globalmente equilibrada entre os diferentes escalões considerados.

Em relação às variáveis do estudo, a frequência total de atividades em família apresentou média de 26,9 ($DP=4,0$), com médias de 7,7 ($DP=2,3$) para o tempo ativo em família e de 19,2 ($DP=2,4$) para o tempo não ativo em família. No SDQ, a pontuação média do total de dificuldades foi 10,2 ($DP=5,6$), enquanto o comportamento pró-social apresentou média de 8,7 ($DP=1,4$). Os restantes resultados descritivos encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica, Tempo em Família e Saúde Mental

Características sociodemográficas e socioeconómicas		
Sexo das crianças (n=735), n (%)	<i>Rapazes</i>	380 (51,7%)
	<i>Raparigas</i>	355 (48,3%)
Idade das crianças (n=735), $M \pm DP$		7,7 $\pm$ 1,2
Escolaridade máxima dos pais (n=610), n (%)	<i>Até ao 3.º Ciclo</i>	82 (13,4%)
	<i>Secundário</i>	224 (36,7%)
	<i>Superior</i>	304 (49,8%)
Profissão mais elevada no agregado (n=596), n (%)	<i>Baixo</i>	91 (15,3%)
	<i>Médio</i>	199 (33,4%)
	<i>Alto</i>	306 (51,3%)
Situação profissional do agregado (n=605), n (%)	<i>Empregado</i>	464 (76,7%)
	<i>Desempregado</i>	141 (23,3%)
Rendimento familiar (n=534), n (%)	$\leq 1000\text{€}$	141 (26,4%)
	<i>1001-1500€</i>	147 (27,5%)
	<i>1501-2000€</i>	131 (24,5%)
	$\geq 2001\text{€}$	115 (21,5%)
Tempo em Família		
Tempo em família (total) (n=525), $M \pm DP$		26,9 $\pm$ 4,0

Tempo ativo em família (n=545), $M \pm DP$	7,7 $\pm$ 2,3
Tempo não ativo em família (n=535), $I \pm DP$	19,2 $\pm$ 2,4
Saúde Mental	
Sintomas emocionais (n=550), $M \pm DP$	2,5 $\pm$ 2,1
Problemas de comportamento (n=550), $M \pm DP$	1,7 $\pm$ 1,5
Hiperatividade (n=550), $M \pm DP$	4,4 $\pm$ 2,6
Problemas de relacionamento com os colegas (n=549), $M \pm DP$	1,5 $\pm$ 1,6
Comportamento prosocial (n=551), $M \pm DP$	8,7 $\pm$ 1,4
Dificuldades totais (n=549), $M \pm DP$	10,2 $\pm$ 5,6

Nota. O n varia entre variáveis devido a valores em falta. As percentagens foram calculadas com base no n válido. Tempo em família (HBSC): 5 categorias (*nunca-todos os dias*); total 8–40, ativo 3–15, não ativo 5–25 (quanto maior o valor, maior frequência). SDQ: subescalas 0–10; total de dificuldades 0–40.

Na Tabela 2 encontram-se apresentados os resultados dos modelos de regressão linear não ajustado e ajustado, relativos à associação entre o tempo em família e as dimensões do SDQ, incluindo o total de dificuldades.

Tabela 2

Associações entre o tempo em família e a saúde mental

			Modelo não ajustado		Modelo ajustado		
			B (IC 95%)	p	B (IC 95%)		p
Sintomas emocionais	Tempo em família total		-0,032 (-0,077; 0,012)	0,154	-0,042 (-0,087; 0,004)		0,071
	Tempo ativo em família		-0,063 (-0,139; 0,014)	0,108	-0,089 (-0,168; 0,010)	-	0,028
	Tempo não ativo em família		-0,044 (-0,118; 0,030)	0,240	-0,048 (-0,123; 0,028)		0,214
Problemas de comportamento	Tempo em família total		-0,043 (-0,075; -0,011)	0,009	-0,047 (-0,080; -0,014)	-	0,005
	Tempo ativo em família		-0,083 (-0,139; -0,027)	0,004	-0,085 (-0,143; -0,027)	-	0,004
	Tempo não ativo em família		-0,048 (-0,101; 0,006)	0,083	-0,059 (-0,114; -0,005)		0,033
Hiperatividade	Tempo em família total		-0,070 (-0,126; -0,015)	0,012	-0,088 (-0,144; -0,032)	-	0,002
	Tempo ativo em família		-0,175 (-0,270; -0,080)	<0,001	-0,200 (-0,299; -0,102)	-	<0,001
	Tempo não ativo em família		-0,055 (-0,147; 0,037)	0,240	-0,083 (-0,177; 0,010)		0,079
Problemas de relacionamento com os	Tempo em família total		-0,008 (-0,044; 0,027)	0,645	-0,005 (-0,040; 0,031)		0,804

colegas	Tempo ativo em família	-0,008 (-0,070; 0,053)	0,790	-0,010 (-0,072; 0,053)	0,758
	Tempo não ativo em família	-0,020 (-0,078; 0,039)	0,509	-0,006 (-0,064; 0,053)	0,853
Comportamen to prossocial	Tempo em família total	0,015 (-0,014; 0,045)	0,302	0,016 (-0,015; 0,046)	0,306
	Tempo ativo em família	0,016 (-0,035; 0,067)	0,542	0,014 (-0,039; 0,068)	0,598
	Tempo não ativo em família	0,039 (-0,010; 0,088)	0,117	0,039 (-0,011; 0,090)	0,127
Dificuldades totais	Tempo em família total	-0,151 (-0,272; -0,029)	0,015	-0,179 (-0,302; 0,056)	0,004
	Tempo ativo em família	-0,323 (-0,534; -0,112)	0,003	-0,378 (-0,594; 0,163)	<0,001
	Tempo não ativo em família	-0,163 (-0,365; 0,039)	0,114	-0,192 (-0,395; 0,011)	0,064

Nota. Modelo não ajustado= regressão linear não ajustada; modelo ajustado para a idade, sexo, situação profissional do agregado familiar, escolaridade parental e categoria profissional mais elevada no agregado familiar. Valores de p estatisticamente significativos apresentados a negrito.

De um modo geral, observou-se que o tempo em família se associou negativamente a algumas dimensões do SDQ, sendo o tempo ativo em família o que apresentou associações mais consistentes, enquanto o tempo não ativo revelou associações mais limitadas.

Relativamente ao tempo em família total, verificaram-se associações negativas estatisticamente significativas com os problemas de comportamento, a hiperatividade e com as dificuldades totais, tanto no modelo não ajustado como no ajustado. Não se observaram associações estatisticamente significativas com os sintomas emocionais, os problemas de relacionamento com os colegas nem com o comportamento prossocial.

Relativamente ao tempo ativo em família, verificam-se associações negativas e estatisticamente significativas com os problemas de comportamento, a hiperatividade e as dificuldades totais, quer no modelo não ajustado quer no ajustado. Verificou-se ainda uma associação negativa significativa com os sintomas emocionais, mas apenas no modelo ajustado. Não se observaram associações estatisticamente significativas com os problemas de relacionamento com os colegas e com o comportamento prossocial.

Por sua vez, o tempo não ativo em família associa-se de forma negativa e estatisticamente significativa apenas com os problemas de comportamento no modelo, não se verificando outras associações estatisticamente significativas com as restantes dimensões analisadas.

4.4. DISCUSSÃO

O presente estudo sugere que, em crianças em idade escolar inseridas em contextos de vulnerabilidade social e maior frequência de tempo em família estão associadas a menos dificuldades psicossociais, sobretudo nos problemas de comportamento e na hiperatividade. Em particular, o tempo total em família associou-se negativamente a estas subescalas, bem como ao total de dificuldades, tanto no modelo não ajustado como no ajustado, indicando que estas associações se mantêm mesmo após o controlo de variáveis sociodemográficas. Este padrão é relevante, sobretudo porque não aponta para um efeito indiferenciado sobre todas as subescalas do SDQ, mas antes para uma associação mais evidente com indicadores ligados à autorregulação comportamental.

A direção destas associações é coerente com a literatura que destaca o papel das rotinas familiares, da convivência regular e da disponibilidade relacional no ajustamento infantil. A revisão sistemática de Selman e Dilworth-Bart (2024) mostra que as rotinas familiares se associam de forma consistente a resultados positivos no desenvolvimento infantil, incluindo nas áreas cognitiva, socioemocional e de autorregulação, o que assume particular relevância em contextos de maior risco. De forma convergente, Hosokawa et al. (2023) verificaram que as rotinas familiares se relacionam com maior coesão e expressividade familiar, menor conflito e menos sintomas emocionais e comportamentais. Esta leitura vai ao encontro da literatura clássica sobre ambientes familiares protetores, que destaca a importância da previsibilidade, da estabilidade relacional e da responsividade como fatores favoráveis ao desenvolvimento de competências e ao ajustamento psicossocial da criança (Masten & Coatsworth, 1998; Repetti et al., 2002). No mesmo sentido, Katsantonis e McLellan (2024) reforçam a relevância da qualidade das interações pais-filhos para a saúde mental e para o comportamento pro-social ao longo do desenvolvimento. Ainda assim, importa reconhecer que estes estudos não avaliam exatamente o mesmo fenómeno, nem utilizam os mesmos instrumentos de avaliação, pelo que a sua comparação deve ser feita com prudência. Apesar disso, em conjunto, estes contributos reforçam a possibilidade de o tempo em família funcionar não apenas como indicador de convivência, mas também como um

marcador de um contexto relacional mais estruturado, previsível e emocionalmente disponível, particularmente relevante em crianças expostas a maior vulnerabilidade social.

De forma complementar, Li e Guo (2023) observaram que mais tempo passado com os pais se associa a melhor bem-estar infantil. Embora este estudo não avalie diretamente dificuldades psicossociais através do mesmo instrumento utilizado no presente trabalho, os resultados reforçam a hipótese de o tempo partilhado constituir um recurso relacional relevante para o ajustamento da criança. Relativamente ao total de dificuldades, importa ter presente que esta pontuação resulta da soma das subescalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas, não incluindo o comportamento prosocial (Goodman, 1997). Nesse sentido, a associação observada com este indicador global é coerente com o padrão verificado nas subescalas que se revelaram mais sensíveis ao tempo em família, em particular aos problemas de comportamento e à hiperatividade. Esta interpretação deve, no entanto, ser cautelosa, uma vez que a associação com as dificuldades totais não decorre automaticamente da associação com subescalas isoladas, devendo ser compreendida à luz do padrão de resultados observado no presente estudo. Ainda assim, este resultado sugere que a relevância do tempo em família poderá refletir-se não apenas em subescalas específicas, mas também no ajustamento psicossocial global da criança.

Importa, contudo, sublinhar que o tempo total em família corresponde a um índice agregador que integra atividades de natureza ativa e não ativa. Quando este foi desagregado, verificou-se que as associações estatisticamente significativas e de maior magnitude se concentraram sobretudo na componente ativa, particularmente nos problemas de comportamento, na hiperatividade e nas dificuldades totais, tanto no modelo não ajustado como no ajustado. Além disso, a associação com os sintomas emocionais tornou-se significativa no modelo ajustado. Tal facto sugere que a relevância do tempo em família poderá depender não só da sua frequência, mas também das atividades que a família realiza durante o mesmo. Assim, as atividades que promovem a participação, reciprocidade, movimento e interação poderão oferecer mais oportunidades de comunicação, supervisão, reforço positivo e correção. Esta interpretação é compatível com a evidência de Meroni et al. (2022), que mostrou que diferentes usos do tempo se associam de forma distinta a indicadores socioemocionais avaliados a partir do SDQ. É ainda convergente com a distinção entre formas mais ativas e mais passivas do cuidado familiar descritas por Moro-Egido (2012), embora este autor não tenha analisado diretamente dificuldades psicossociais infantis. Portanto, estes resultados reforçam a ideia de que não

é apenas o tempo partilhado que parece relevante, mas também o potencial relacional e interativo das atividades que ele comporta.

A associação entre tempo ativo em família e menos sintomas emocionais, observada apenas no modelo ajustado, merece também reflexão. Sendo um resultado que emerge após o controlo de potenciais confundidores, a sua interpretação deve ser prudente. Ainda assim, poderá refletir um efeito relacional que, no modelo não ajustado, se encontrava parcialmente mascarado por características sociodemográficas e socioeconómicas. Do ponto de vista teórico, esta interpretação encontra suporte na meta-análise de Lin et al. (2024), que demonstrou que a regulação emocional medeia a relação entre vários fatores familiares e os sintomas emocionais em crianças e adolescentes. Ainda que esta evidência não corresponda exatamente à mesma operacionalização utilizada no presente estudo, sugere que as atividades familiares mais participadas e relacionalmente ricas poderão favorecer segurança emocional, responsividade parental e processos de correção, contribuindo para menos dificuldades emocionais.

Relativamente à componente não ativa, os resultados foram globalmente menos consistentes, observando-se associação estatisticamente significativa apenas com os problemas de comportamento no modelo ajustado. Ainda assim, este achado não deve ser interpretado como evidência da irrelevância das atividades classificadas como não ativas. Pelo contrário, esta categoria agrega experiências cuja participação pode ser muito heterogênea, algumas poderão incluir diálogo, supervisão, afeto e sentimento de pertença. Fazer uma refeição em família, sentar e conversar ou visitar familiares são atividades formalmente menos dinâmicas, mas potencialmente ricas em interação. A revisão sistemática de Harrison et al. (2015) demonstra, aliás, que maior frequência de refeições em família se associa a melhores resultados psicossociais em crianças e adolescentes. Assim, mais do que opor rigidamente “tempo ativo” e “tempo não ativo”, os presentes resultados sugerem que a qualidade da interação poderá constituir uma dimensão central, nem sempre captada por esta categorização analítica.

Por outro lado, não se observaram associações estatisticamente significativas entre o tempo em família e os problemas de relacionamento com os colegas ou o comportamento pró-social. Este padrão sugere que o impacto do tempo em família poderá ser mais evidente em dimensões ligadas à autorregulação e ao comportamento do que em dimensões mais dependentes de contextos extrafamiliares, como a escola e as relações com pares. Deste modo, os resultados não apontam para um efeito uniforme do

tempo em família em todo o ajustamento psicossocial, mas antes para um padrão seletivo, com maior expressão no domínio comportamental.

Estes resultados assumem particular interesse por terem sido observados em crianças integradas em agrupamentos TEIP, contextos marcados pela acumulação de vulnerabilidades sociais, económicas e educativas. Esta especificidade é relevante, uma vez que sugere que, em contextos onde a exposição à adversidade tende a ser mais intensa e persistente, os recursos familiares podem assumir um papel particularmente importante na proteção do ajustamento psicossocial infantil. A literatura demonstra que a estrutura familiar e o estatuto socioeconómico se associam a diferenças relevantes na saúde mental e no ajustamento infantil, o que reforça a importância de identificar fatores familiares potencialmente modificáveis que possam atenuar o impacto da adversidade. Neste enquadramento, o tempo em família poderá constituir um fator protetor relacional, funcionando como espaço de estabilidade, suporte e segurança emocional, especialmente em contextos onde a exposição a fatores de risco tende a ser mais intensa e persistente (Grüning Parache et al., 2024).

Do ponto de vista prático, estes resultados sustentam a pertinência de intervenções centradas na família que promovam rotinas partilhadas, oportunidades de atividade conjunta e contextos de comunicação significativa. Esta leitura é compatível com a revisão sistemática de Bosqui et al. (2024), que identificou os efeitos promissores de intervenções familiares e de promoção da parentalidade nos resultados de saúde mental de crianças e adolescentes e sublinhou a relevância de abordagens mais sistêmicas e acessíveis. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, estes achados destacam a importância da avaliação de rotinas e interações familiares, da identificação precoce de vulnerabilidades relacionais, da capacitação parental e da articulação com a escola e com os recursos da comunidade, especialmente em contextos marcados por maior exposição à adversidade social, como os agrupamentos TEIP.

Este estudo apresenta, contudo, limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o desenho de estudo transversal não permite estabelecer relações de causalidade, pelo que não é possível afirmar se maior tempo em família conduz a menos dificuldades psicossociais ou se as crianças com menos dificuldades favorecem maior envolvimento em atividades familiares. Importa ainda considerar que, embora as crianças da amostra estejam integradas em agrupamentos TEIP, estes não são homogêneos entre si. As diferenças entre agrupamentos, nomeadamente ao nível das características sociodemográficas, dos recursos escolares e comunitários e das dinâmicas territoriais, recomendam cautela na generalização ou extrapolação de resultados a outros agrupamentos TEIP ou a populações

infantis em situação de vulnerabilidade social de forma mais ampla. Em segundo lugar, os dados relativos ao SDQ e ao tempo em família assentam na resposta dos pais ou responsáveis legais, podendo, assim, estar sujeitos a enviesamentos de perceção ou desejabilidade social. Acresce que a medida de tempo em família privilegia a frequência das atividades, mas não avalia diretamente a qualidade relacional dessas experiências. Por fim, a distinção entre tempo ativo e tempo não ativo, embora útil do ponto de vista analítico, poderá ser redutora face à complexidade e heterogeneidade das experiências familiares.

Seria importante, futuramente, desenvolver estudos que aprofundem mais estes achados. Seria relevante recorrer a estudos longitudinais, múltiplos informantes, instrumentos complementares validados para a população portuguesa que permitam captar não apenas a frequência, mas também a estrutura, o significado e a qualidade relacional do tempo em família, nomeadamente medidas de rotinas e de funcionamento familiar. Neste âmbito, a versão portuguesa do Child Routines Questionnaire (Major et al., 2023), bem como o FACES IV (Gouveia-Pereira et al., 2020) e o CERFB (Lima et al., 2022), poderão constituir contributos relevantes para uma compreensão mais abrangente das dinâmicas familiares associadas à saúde mental infantil.

Em síntese, os achados do presente estudo sugerem que maior frequência de tempo em família se associa a menos dificuldades psicossociais em crianças inseridas em contextos de vulnerabilidade social, sendo esta associação mais consistente quando o tempo partilhado envolve atividades mais participativas e interativas. Mais do que a simples partilha de tempo, os resultados apontam para a relevância do envolvimento relacional no quotidiano familiar, reforçando a importância de estratégias de promoção da saúde mental infantil que valorizem a família como contexto privilegiado de proteção e desenvolvimento.

4.5. CONCLUSÃO DO ESTUDO

O presente estudo sugere que, em crianças em idade escolar inseridas em contextos de vulnerabilidade social, nomeadamente em agrupamentos TEIP, maior tempo em família se associa a menos dificuldades psicossociais, particularmente nos problemas de comportamento e na hiperatividade. Os resultados sugerem ainda que esta associação é mais consistente quando o tempo partilhado envolve atividades ativas, participadas e relacionalmente significativas, apontando para a relevância não apenas

da quantidade de tempo em família, mas também da natureza das interações que esse tempo proporciona.

Estes achados reforçam a centralidade da família no desenvolvimento, na proteção relacional e na regulação emocional da criança. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, sustentam a pertinência de abordagens integradas e centradas na família, que reconheçam a interdependência entre a saúde mental infantil e a saúde familiar. Assim, promover rotinas consistentes, disponibilidade relacional e oportunidades de interação significativa entre pais e filhos poderá constituir não apenas um investimento no bem-estar infantil, mas também uma intervenção relevante na saúde da família enquanto unidade de cuidado.

A especificidade do contexto em que o estudo foi desenvolvido confere particular relevância a estes resultados. Em agrupamentos TEIP, marcados pela acumulação de vulnerabilidades sociais, económicas e educativas, os recursos familiares poderão assumir um papel importante na proteção do ajustamento psicossocial infantil. Neste sentido, os achados reforçam a necessidade de intervenções sensíveis ao contexto, articuladas com a escola e com os recursos da comunidade, e orientadas para o fortalecimento das competências relacionais e adaptativas da família.

Embora os resultados devam ser interpretados à luz das limitações do estudo, nomeadamente o desenho transversal, a utilização de um único informante e a necessidade de prudência na generalização a outros contextos TEIP, esta linha de investigação revela-se promissora. O recurso futuro a estudos longitudinais, múltiplos informantes e instrumentos complementares de avaliação das rotinas, dos rituais e do funcionamento familiar poderá contribuir para aprofundar a compreensão dos mecanismos através dos quais o tempo em família se relaciona com a saúde mental infantil.

Em síntese, o estudo sustenta a ideia de que investir na saúde familiar é, simultaneamente, investir na saúde mental da criança. Assim, mais do que perspetivar estas áreas como realidades separadas, importa concebê-las como dimensões interdependentes de um mesmo processo de cuidado, orientado para a promoção do desenvolvimento infantil e para o fortalecimento da família enquanto unidade dinâmica de cuidado e potencial terapêutico.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu sistematizar e analisar criticamente o percurso desenvolvido no âmbito do estágio de natureza profissional com relatório, integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ao longo deste processo, tornou-se evidente, que o estágio constituiu uma oportunidade privilegiada de consolidação de competências especializadas, de articulação entre o conhecimento científico e prática clínica e de uma intervenção mais consciente, intencional e fundamentada em Enfermagem de Saúde Familiar.

O contexto de estágio, desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar integrada numa Unidade Local de Saúde, evidenciou a complexidade dos cuidados de saúde prestados em Cuidados de Saúde Primários, num contexto marcado pelo envelhecimento populacional, pela elevada prevalência da doença crónica, pela coexistência de necessidades psicossociais e pela exigência de respostas cada vez mais integradas, próximas e personalizadas. Esta realidade confirmou a centralidade da família enquanto unidade de cuidados, mas tornou igualmente evidente que a intervenção em Saúde Familiar não pode ser reduzida a uma componente meramente técnica ou episódica, exigindo continuidade de trabalho em rede, articulação multiprofissional e sensibilidade ao contexto familiar e social.

Ao longo deste percurso, foi possível mobilizar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, designadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, do cuidado à família ao longo do ciclo vital e da colaboração e liderança em processos de intervenção familiar. A prática desenvolvida confirmou a utilidade dos referenciais teóricos e operacionais em Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, enquanto suportes de uma intervenção mais estruturada, colaborativa e centrada na família.

Simultaneamente, o estágio permitiu reconhecer que a qualidade da prática especializada depende não apenas de modelos e instrumentos, mas da capacidade de os operacionalizar de forma crítica, flexível e ajustada à singularidade de cada família. Neste sentido, tornou-se evidente que a intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar exige integrar dimensões clínicas, relacionais, desenvolvimentais e contextuais, bom como reconhecer os recursos, vulnerabilidades e crenças, rotinas e significados que estruturam cada sistema familiar.

A componente investigativa integrada neste relatório reforçou a articulação entre a prática clínica e a produção de conhecimento. O estudo desenvolvido sobre a associação entre o tempo em família e a saúde mental em crianças em idade escolar inseridas em contextos de vulnerabilidade social permitiu aprofundar a compreensão do papel das dinâmicas familiares enquanto potenciais recursos protetores do ajustamento psicossocial infantil. Os resultados sugerem que maior tempo em família se associa a menos dificuldades psicossociais, nomeadamente nos problemas de comportamento e na hiperatividade, sendo esta associação mais consistente quando o tempo partilhado envolve atividades mais participativas, ativas e relacionalmente significativas. Ainda que interpretados com prudência, estes achados reforçam a pertinência de intervenções de enfermagem centradas na família, sensíveis ao contexto e orientadas para a promoção de saúde mental infantil e saúde familiar.

Do ponto de vista crítico, este percurso permitiu igualmente reconhecer que a prática especializada decorre frequentemente em contextos marcados por constrangimentos organizacionais, sobrecarga assistencial, exigências de produtividade e limitações dos sistemas de informação, fatores que podem limitar uma abordagem plenamente aprofundada e sistemática à família enquanto unidade de cuidados. Contudo, estes limites não anularam o potencial formativo do estágio, pelo contrário, reforçaram a necessidade de uma prática mais reflexiva, criativa e resiliente, capaz de preservar a intencionalidade terapêutica, a qualidade da relação e a centralidade da família no cuidado.

Em síntese, este relatório evidencia que a Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na promoção da saúde, na prevenção da doença, na gestão da condição crónica, no apoio às transições familiares e na capacitação da família enquanto sistema dinâmico de cuidado. Mais do que confirmar a relevância da família como foco da intervenção especializada, o percurso realizado permitiu compreender, de forma mais aprofundada e crítica, que cuidar da família exige complexidade, contexto, relação e evidência numa prática clínica simultaneamente técnica, ética e relacional. Assim, este estágio constituiu não apenas um espaço para o desenvolvimento de competências, mas também um processo de amadurecimento profissional, reforçando a convicção de que a Enfermagem de Saúde Familiar, quando sustentada em referenciais teóricos, evidência científica, reflexão crítica e conhecimento do contexto, permite transformar a prática clínica em intervenção especializada, intencional, humanizada e promotora de ganhos em saúde para as pessoas e famílias acompanhadas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, P. (2022). Têm os Territórios Educativos de Intervenção Prioritária mitigado as desigualdades educativas e sociais? *CIDADES, Comunidades e Territórios*, (45). <https://doi.org/10.15847/cct.27404>
- Amaro, F. (1990). Escala de Graffar adaptada. Em B. Santana (Ed.), *Indicadores sociais* (pp. 87–101). Instituto Nacional de Estatística.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- BI-CSP. (2025). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Base de dados]. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt>
- Bosqui, T., Mayya, A., Farah, S., Shaito, Z., Jordans, M. J. D., Pedersen, G., Betancourt, T. S., Carr, A., Donnelly, M., & Brown, F. L. (2024). Parenting and family interventions in lower and middle-income countries for child and adolescent mental health: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 152483. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152483>
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (Eds.). (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed). Gardner Press.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z., & Wild, F. (Eds.). (2014). *Health behaviour in school-aged children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU). <https://researchonline.gcu.ac.uk/en/publications/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-protocol/>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos

- que integrem as USF de modelo B. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 161.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 118.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. (2022). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 215.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Del Giudice, M. (2018). Middle childhood: An evolutionary-developmental synthesis. Em Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. M. (Eds.), *Handbook of life course health development* (pp. 95–107). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_5
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, (19), 139–156.
<https://doi.org/10.7559/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2011.140>
- Dias, M. O. (2015). A comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar – os valores. *Gestão e Desenvolvimento*, (23), 85–105.
<https://doi.org/10.7559/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2015.273>
- Duarte, A., Martins, J., Silva, M. J., Augusto, C., Martins, S. P., & Rosário, R. (2024). The role of parental adherence to the mediterranean diet and family time together in children's weight status: The BeE-school project. *Nutrients*, 16(7), 916. <https://doi.org/10.3390/nu16070916>
- Espírito Santo, A. E. (2021). Saúde mental na infância e adolescência: Que desafios? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (ESP8), 6–8.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.332>
- Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. (2025). *Guia orientador do Estágio de Natureza Profissional com Relatório*. Universidade do Minho.

- Essau, C. A., Olaya, B., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Pauli, G., Gilvarry, C., Bray, D., O'callaghan, J., & Ollendick, T. H. (2012). Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 232–245. <https://doi.org/10.1002/mpr.1364>
- Ferreira, I. (2010). Territórios Educativos de intervenção Prioritária: Análise do contributo das parcerias. *Perspectiva*, 22(1), 47–78.
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Port)*. SDQ: Information for researchers and professionals about the strengths and difficulties questionnaires. [https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))
- Ganiyeva, F. (2022). The role of the family as a social institution in the formation of society in modern times. *Vakanüvis - Uluslararası Tarih Araştırmaları Dergisi*, 7(Dr. Mahmut Kırkpınar'a Armağan (edição especial)), 1566–1581. <https://doi.org/10.24186/vakanuvis.1151077>
- Gasperini, G., Renzi, E., Longobucco, Y., Cianciulli, A., Rosso, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Massimi, A. (2023). State of the art on family and community health nursing international theories, models and frameworks: A scoping review. *Healthcare*, 11(18), 2578. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182578>
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Touchstone.
- Gomes, J. V. (1992). Família e socialização. *Psicologia USP*, 3(1–2), 93–105.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H., Miranda, M., & Candeias, M. D. J. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 38(1), 111–126. <https://doi.org/10.14417/ap.1651>
- Graffar, M. (1956). Méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455–459.

- Grüning Parache, L., Vogel, M., Meigen, C., Kiess, W., & Poulain, T. (2024). Family structure, socioeconomic status, and mental health in childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 2377–2386. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02329-y>
- Harrison, M. E., Norris, M. L., Obeid, N., Fu, M., Weinstangel, H., & Sampson, M. (2015). Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Canadian Family Physician*, 61(2), e96–e106.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hosokawa, R., Tomozawa, R., & Katsura, T. (2023). Associations between family routines, family relationships, and children's behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 32(12), 3988–3998. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02687-w>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística.
- Katsantonis, I., & McLellan, R. (2024). The role of parent–child interactions in the association between mental health and prosocial behavior: Evidence from early childhood to late adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 48(1), 59–70. <https://doi.org/10.1177/01650254231202444>
- Li, D., & Guo, X. (2023). The effect of the time parents spend with children on children's well-being. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1096128>
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., & Callea, A. (2022). Assessment of Basic Family Relationships: Portuguese Validation of the “Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas” (CERFB). *Journal of Child and Family Studies*, 31(6), 1656–1663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02215-8>
- Lin, S. C., Kehoe, C., Pozzi, E., Liontos, D., & Whittle, S. (2024). Research review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in children and adolescents – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 260–274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13894>
- Major, S. O., Alves, M. P., Cunha, A. I., Pereira, C. F., & Jordan, S. S. (2023). School-Age Child Routines: Adaptation and Validation Studies of the Portuguese Version of the Child Routines

- Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(1), 221–233. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10021-3>
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
- Matsukura, T. S., Fernandes, A. D. S. A., & Cid, M. F. B. (2012). Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: O contexto familiar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(2), 122–129. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p122-129>
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1981). Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). Em H. I. McCubbin, D. H. Olson, & A. S. Larsen (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation—Inventories for research and practice* (pp. 455–507). University of Wisconsin System.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Meroni, E. C., Piazzalunga, D., & Pronzato, C. (2022). Allocation of time and child socio-emotional skills. *Review of Economics of the Household*, 20(4), 1155–1192. <https://doi.org/10.1007/s11150-021-09580-9>
- MIM@UF. (2025). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [Aplicação informática]. Ministério da Saúde.
- Moro-Egido, A. I. (2012). Changing trends of mothers' active and passive childcare times. *Journal of Family and Economic Issues*, 33(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/s10834-011-9265-0>
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2020). Parenthood and Well-Being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12646>
- Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* [Instrument manual]. Family Social Science, University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 2.ª série, n.º 124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária: Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de desenvolvimento sustentável*. Organização das Nações Unidas.
- Parsons, T. (1991). *The social system* (New ed). Routledge.
- Relvas, A. P. P. R. da F. (2000). *O ciclo vital da família* (2ª ed). Edições Afrontamento.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Rolland, J. S. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>
- Selman, S. B., & Dilworth-Bart, J. E. (2024). Routines and child development: A systematic review. *Journal of Family Theory & Review*, 16(2), 272–328. <https://doi.org/10.1111/jftr.12549>
- 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.
- Vagni, G. (2022). From me to you: Time together and subjective well-being in the UK. *Sociology*, 56(2), 262–279. <https://doi.org/10.1177/00380385211033147>

Von Bertalanffy, L. (1988). *General system theory: Foundations, development, applications* (Rev. ed., 10. print). Braziller.

Wiener, N. (2019). *Cybernetics: Or, Control and communication in the animal and the machine* (Second edition, 2019 reissue). The MIT Press.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Organização Mundial da Saúde (2025a). *Framework to implement a life course approach in practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112575>

Organização Mundial da Saúde. (2025b, outubro 8). *Mental health* [Fact sheet]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th edition). F.A. Davis.

ANEXOS

Anexo 1- Plano de Ação de Formação BI Self-Service

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO/FORMAÇÃO:	BI SELF-SERVICE
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	O BI Self-Service é uma ferramenta que permite aos profissionais consultar autonomamente dados da USF. Através desta plataforma é possível consultar várias informações como indicadores de atividade, desempenho e características da população. A capacitação na utilização desta ferramenta evita pedidos de relatórios a terceiros, facilita o acompanhamento da evolução dos resultados, apoia o planeamento e a melhoria contínua . A formação da equipa de enfermagem nesta área permite ampliar a sua literacia de dados e aplicar esta informação na prática diária, na persecução pela melhoria contínua da qualidade.
OBJETIVOS:	• Saber o que é o BI Self-Service. • Aceder à plataforma. • Conhecer os principais dados e indicadores disponíveis. • Interpretar indicadores básicos. • Utilizar a informação para apoiar decisões no dia-a-dia (planeamento, avaliação, contratualização, reuniões de equipa).
Nº DE AÇÕES:	1 Ação
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem da USF
Nº DE PARTICIPANTES:	8
METODOLOGIA:	• Exposição teórica sobre a plataforma BI Self-Service. • Demonstração prática em direto dos menus, filtros, indicadores e relatórios disponíveis. • Análise de exemplos reais: utentes inscritos, produção de enfermagem, indicadores de desempenho e evolução temporal. • Discussão orientada sobre utilização prática dos dados no contexto da unidade.
PROGRAMA:	• O que é o BI Self-Service • Funcionalidades principais • Indicadores de atividade, população e desempenho • Aplicações práticas para a equipa de enfermagem • Limitações da ferramenta • Demonstração prática no BI:

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

	• Como utilizar os dados no dia-a-dia (planeamento, reuniões, contratualização, SIADAP)
DATAS E HORÁRIOS:	28 de janeiro de 2026
HORAS E VOLUME DA FORMAÇÃO:	1 hora
LOCAL:	Sala de Enfermagem 3
FORMADORES:	Enfermeira Rosa Maria Ribeiro
AVALIAÇÃO:	• Observação da participação dos formandos durante a formação. • Capacidade de navegação autónoma na plataforma BI, demonstrada na parte prática da sessão. • Evidência de melhoria na utilização dos indicadores do BI Self-Service no planeamento, monitorização e tomada de decisão da equipa. • Aplicação de inquéritos de avaliação da formação aos participantes, para recolha de feedback sobre conteúdos, metodologia, utilidade prática e satisfação geral.
CUSTOS:	• Sem custos externos. • Tempo de formação enquadrado na reunião de equipa / formação em serviço.

O Responsável

Anexo 2- Projeto de melhoria contínua

PROJETO MELHORIA CONTÍNUA

1. IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROPONENTE(S) DO PROJETO

NOME(S)	Rosa Maria Lopes Ribeiro (Enfermeira Estagiária da Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar)
---------	--

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

ENQUADRAMENTO

Enquadramento

O cuidador informal desempenha um papel fundamental no sistema de saúde, mas enfrenta desafios físicos, psicológicos e sociais significativos. A falta de procedimentos estruturados para a sua identificação e apoio, pode resultar numa gestão inadequada das suas necessidades, comprometendo a qualidade do cuidado prestado ao utente dependente que têm a cargo.

A [REDACTED] identificou a necessidade de estruturar o apoio ao cuidador informal, conforme a legislação vigente (Lei n.º 100/2019 e Decreto-Lei n.º 101/2020), elaborando este projeto de melhoria que visa garantir que o cuidador tenha acesso a um conjunto de apoios em diversas áreas, de modo a reduzir a sobrecarga que poderá enfrentar, impactando diretamente a qualidade do cuidado que presta.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Estabelecer um procedimento estruturado para identificar, apoiar e encaminhar os cuidadores informais da [REDACTED] garantindo a redução da sua sobrecarga e promovendo a sua qualidade e a dos utentes a quem prestam cuidados.

Objetivos Específicos:

1. **Objetivo Específico 1:** Identificar cuidadores informais durante as consultas de Enfermagem de Família até julho de 2025, com pelo menos 90% dos cuidadores identificados
2. **Objetivo Específico 2:** Capacitar a equipe de profissionais da [REDACTED] sobre os direitos dos cuidadores e como realizar encaminhamentos para apoio psicológico e social, com formação de 90% a 100% da equipe até a final do mês de maio de 2025.
3. **Objetivo Específico 3:** Encaminhar pelo menos 80% dos cuidadores identificados para o [REDACTED] ou para recursos comunitários até julho de 2025.
4. **Objetivo Específico 4:** Reduzir a sobrecarga dos cuidadores em pelo menos 50%, medida através da Escala de Zarit, até dezembro de 2025.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Este projeto visa, de forma gradual, estruturar e implementar um procedimento que permita a identificação, avaliação e a aplicação de instrumentos de avaliação da sobrecarga do cuidador (através da Escala de Zarit) e o encaminhamento para recursos de apoio adequados, como a [REDACTED].

Atividades a implementar

1. **Identificação de Cuidadores:** Utilizar um formulário de identificação para registrar os cuidadores informais durante as consultas de Enfermagem de Família e Médico de Família.
2. **Capacitação da Equipe:** Realizar formação sobre o procedimento e materiais de apoio/ instrumentos de identificação e avaliação dos cuidadores e sobre os seus direitos.
3. **Avaliação da Sobrecarga:** Aplicar a Escala de Zarit para avaliar a sobrecarga e promover apoio psicossocial.
4. **Encaminhamento para Recursos de Apoio:** Encaminhar os cuidadores informais para o [REDACTED] ou outros serviços de apoio psicológico e social.

Métodos de Mensuração

- Identificação de cuidadores será medida pelo número de identificações realizadas.
- Capacitação da equipe será medida pela taxa de participação e avaliação de aprendizado.
- Encaminhamentos serão medidos pela taxa de cuidadores encaminhados para recursos de apoio.
- A redução da sobrecarga será medida pela Escala de Zarit aplicada antes e depois do apoio.

Anexo 3- Famílias Ativas na Prevenção da Diabetes: Capacitação Familiar e Rotinas Saudáveis ao Longo do Ciclo Vital.



Anexo 4- Ações de Formação Frequentadas durante o estágio e Contributo para o Desenvolvimento de Competências

Data	Designação	Entidade Promotora	Modalidade	Contributo para o Desenvolvimento de Competências
11 e 12 de setembro de 2025	XVI Jornadas da Saúde Materna e Pediátrica do Médio Ave	Associação Pediátrica do Minho	Presencial	Atualização científica e técnica com aplicação direta na vigilância da grávida, da criança e do adolescente, na promoção da saúde, na prevenção, na capacitação parental, reforçando ainda competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar no acompanhamento da família ao longo do ciclo vital.
25 de setembro de 2025	Enfermagem de Saúde Escolar na região Norte: como estamos e para onde queremos ir?	Ordem dos Enfermeiros	Webinar	Reforço de conhecimentos sobre saúde escolar, trabalho intersectorial e intervenção preventiva junto de crianças, adolescentes e famílias, com relevância para a promoção de saúde, identificação precoce de necessidades e articulação com recursos comunitários.
29 de setembro de 2025	A importância de vacinar as crianças: definição de prioridades para a vacinação contra a gripe infantil".	AUCC	Webinar	Aprofundar conhecimentos sobre vacinação infantil e priorização da vacinação contra a gripe, com aplicação na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação das famílias para a tomada de decisão informada
30 de setembro de 2025	Superfícies de Apoio na Prevenção de Lesões por Pressão: Guidelines e Prática baseada em Evidências no Aconselhamento	AUCC	Webinar	Aprofundar conhecimentos sobre prevenção de lesões por pressão, avaliação do risco, aconselhamento de superfícies de apoio e integração destas no plano de cuidados, com impacto na segurança, na qualidade e na continuidade de cuidados.
3 de outubro de 2025	V Jornadas do outubro Rosa (ULS Médio Ave)	ULSMave	Presencial	Atualização de conhecimentos em oncologia, inovação aplicada aos cuidados e comunicação em saúde, com aplicação na promoção da literacia em saúde, prevenção e acompanhamento informado de indivíduos e famílias.

7 de novembro de 2025	II Jornadas de Enfermagem dos CSP da ULS Barcelos/Esposende	ULS Barcelos/Esposende	Presencial	Desenvolvimento de aprendizagens profissionais, reforçando conhecimentos sobre saúde mental, gestão integrada da doença crónica, estratificação do risco, vulnerabilidade social e sustentabilidade em saúde, com aplicação na continuidade de cuidados, na articulação interprofissional e na intervenção centrada na pessoa e na família em contexto de CSP.
13 de novembro de 2025	Vacinação: Governação e Prática na Atualidade	Ordem dos Enfermeiros	Webinar	Reforço de conhecimentos sobre vacinação segura, governação e enquadramento institucional da vacinação, com impacto na qualidade e segurança dos cuidados, na educação para a saúde e na promoção da decisão informada das famílias.
11 de dezembro de 2025	Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização	Ordem dos Enfermeiros	Webinar	Aprofundar conhecimentos na fundamentação ética da prática, autonomia técnica e a tomada de decisão responsável em contexto clínico.