RIAGE, 9 · Janeiro-Junho 2026 · e482
https://doi.org/10.61415/riage.482

CC-BY-NC 4.0

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA
riagejournal.com
ISSN: 2795-5559

As famílias com pessoas idosas: avaliação e intervenção familiar, um estudo de caso

Families with elderly members: family assessment and intervention, a case study

Ângela Marta Madeira Martins[1], Filipe José Paulo Gomes[2], Isabel Maria Ribeiro Fernandes[3]

1. Enfermeira na Unidade Local de Saúde -Guarda; E-mail: angela.marta@gmail.com; ORCID: 0009-0002-0089-2961
2. Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem (ESEUL), Universidade de Lisboa, 1600-096 Lisboa, Portugal I Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Guarda. Portugal; ORCID: 0000-0002-1207-6294
3. Professora Adjunta – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda I Univ Coimbra, UICISA E I Centro de Estudos em Educação e Inovação; ORCID: 0000-0001-7478-9567

Recebido: 29 março 2026 · Aceite: 11 maio 2026

Como citar: Madeira Martins, A. M., Paulo Gomes, F. J. & Ribeiro Fernandes, I. M. (2026). As famílias com pessoas idosas: avaliação e intervenção familiar, um estudo de caso. *Riage, 9*, e482. https://doi.org/10.61415/riage.482

Resumo

A Enfermagem de Saúde Familiar engloba uma correta avaliação das necessidades das famílias, no sentido de delinear as intervenções mais adequadas visando a obtenção de ganhos em saúde. Para se efetuar um estudo adequado das famílias, utiliza-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar que traduz uma resposta ajustada à necessidade de uma avaliação sistémica das mesmas. O objetivo deste estudo é partilhar os resultados obtidos com avaliação e intervenção junto de uma família com pessoas idosas segundo o MDAIF, dando a conhecer os resultados obtidos para cada dimensão do modelo, bem como os planos de intervenção delineados. Em termos de metodologia optou-se pelo estudo de caso, tendo sido realizadas entrevistas e utilizados os diferentes instrumentos de avaliação preconizados na aplicação do modelo. Como resultados obteve-se uma família nuclear, com membro idoso integrante tendo sido identificados os seguintes diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado; Papel de Prestador de Cuidados Adequado por Conhecimento do Papel Demonstrado e Comportamentos de Adesão Demonstrados Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado por Saturação do Papel. Com o estudo desta família foi possível identificar as necessidades da família, a definição das intervenções mais ajustadas a implementar no sentido de se obter a mudança e ganhos em saúde efetivos. As conclusões evidenciam a pertinência de uma abordagem sistémica centrada na família, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, sublinhando a importância da capacitação da família enquanto unidade de cuidados, face aos desafios associados às transições inerentes ao envelhecimento.

Palavras-chave: Enfermagem de família; família; pessoa idosa; avaliação familiar; estudo de caso.

Abstract

Family Health Nursing involves accurately assessing families' needs in order to outline the most appropriate interventions aimed at achieving health gains. To conduct an adequate family assessment, the

Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) is used, as it provides a structured response to the need for a systemic evaluation of families. The objective of this study is to share the results obtained from the assessment and intervention carried out with a family that includes older adults, using the MDAIF. The study presents the outcomes identified in each dimension of the model, as well as the intervention plans developed. A case study methodology was adopted, including interviews and the use of various assessment tools recommended within the model's framework. The results revealed a nuclear family with an older adult member, and the following diagnoses were identified: Non-Insufficient Family Income, Safe Residential Building, and Adequate Water Supply; Adequate Caregiver Role due to Demonstrated Role Knowledge and Demonstrated Adherence Behaviors; and Inadequate Caregiver Role due to Role Saturation. The study enabled the identification of the family's needs and the definition of the most appropriate interventions to promote change and achieve effective health gains. The conclusions highlight the relevance of a systemic, family-centered approach within Primary Health Care, emphasizing the importance of empowering the family as a unit of care in the face of challenges associated with aging-related transitions.

Keywords: Family nursing; family; older adult; family assessment; case study.

Introdução

Portugal enfrenta um crescente envelhecimento da população, o que representa desafios significativos para a sociedade, as famílias e o sistema de saúde. O envelhecimento populacional em Portugal, continua com uma das mais significativas tendências de acentuação, de acordo com os resultados das últimas projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023. Ao comparar a população com 65 anos e mais (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem) verifica-se que se atingiu um valor de 188,1 idosos por cada 100 jovens, o que traduz um aumento do índice de envelhecimento relativamente ao ano 2022 que apresentava um valor de 184,4 (INE, 2024). A nível nacional, o índice de envelhecimento no ano de 2001 era de 102,2; em 2011 de 127,8 e em 2021 de 182,1, evidenciando assim o aumento significativo do número de pessoas com 65 ou mais anos de idade, no decorrer das últimas décadas. A par destes dados, verifica-se também um aumento do índice de longevidade que no ano de 2001 apresentava o valor de 41,4, em 2011 de 47,9 e em 2021 de 48,7 (PORDATA, 2023). A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias, permite a efetivação duma prática direcionada para a capacitação funcional das famílias face às exigências e especificidades do seu ciclo vital e transições (Figueiredo, 2012).

A identificação dos problemas percecionados pela família permite a definição dos diagnósticos, das intervenções a implementar e fazer uma avaliação onde se pretende refletir sobre os contributos do trabalho desenvolvido. Os cuidados de enfermagem à família concentram-se na relação entre enfermeiros e famílias, que requer o estabelecimento de uma ligação interpessoal e terapêutica. Como a família é o ponto central dos cuidados de enfermagem, é importante vê-la como uma unidade fundamental na sociedade, sujeita a mudanças e mostrando tanto fraquezas quanto forças que influenciam a sua saúde dentro do contexto social. Para entender verdadeiramente a família como uma unidade e sistema é essencial compreender sua complexidade, as relações mútuas e as diversas dimensões de cada família.

Segundo Figueiredo (2012), a família assume-se como provedora de cuidados de saúde à pessoa idosa, devido às alterações sociodemográficas ocorridas na sociedade, relacionadas principalmente com o envelhecimento populacional.

Como referido, este fenómeno é impulsionado pela maior expectativa de vida e pela baixa taxa de natalidade, resultando em uma população idosa cada vez maior em relação à população ativa. O envelhecimento da população portuguesa tem implicações significativas nos cuidados de saúde, uma vez que a população idosa apresenta um maior risco de fragilidade, dependência e incapacidade, o que pode aumentar a complexidade dos

cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2018). Não sendo uma realidade apenas vivenciada em Portugal traduz, por um lado, ganhos e sucesso associado à longevidade das pessoas e ao seu compromisso com a vida e, por outro lado, remete para as exigências interdisciplinares que o avançar da idade acarreta, nomeadamente para os profissionais de saúde (Araújo et al., 2021). O aumento da longevidade está frequentemente acompanhado do aumento do número de doenças crónicas e degenerativas, sendo esta resultante de privação crescente de autonomia e maior dependência, causando a necessidade de cuidados mais frequentes e com um grau mais elevado de complexidade (Mingote et. al, 2023). Segundo Almeida (2020), o envelhecimento está associado, principalmente, a doenças crónicas e comorbidades que afetam a saúde dos idosos, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, artrites e demência (Almeida, 2020). A dependência funcional também se torna uma realidade comum, com muitos idosos apresentando dificuldades para realizar tarefas diárias simples, o que requer assistência constante. Assegurar um envelhecimento com qualidade de vida, saúde, bem-estar, dignidade e segurança representa hoje um dos principais desafios com que a sociedade se confronta.

Efetivamente o envelhecimento e as doenças que lhe estão associadas, contribuem para limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando as pessoas gradualmente dependentes dos outros, sendo o papel de cuidador frequentemente assumido por familiares. O processo de envelhecimento e a progressiva instalação da dependência no idoso é um processo exigente e desafiante tanto para as famílias e/ou cuidadores como para os serviços de saúde. Em suma, o avançar da idade acarreta uma diminuição progressiva da autonomia, o aumento da suscetibilidade para a doença, a diminuição da atividade física e mental e, consequentemente, maiores dificuldades de adaptação ao ambiente, sendo importante saber aliar a possibilidade de existência destas limitações à desejável e melhor adaptação de cada um (Witter, 2006; Figueiredo, 2009).

Para Figueiredo (2020), a família ao enfrentar as consequências naturais do envelhecimento, assume para si a responsabilidade pelos seus membros e a atividade do cuidado com o idoso, doente ou não (Figueiredo, 2020). Diante desta realidade, as famílias muitas vezes assumem o papel de cuidadoras, revelando-se como a resposta de primeira linha para o cuidado dos seus membros, garantindo que o envelhecimento seja vivido com qualidade, dignidade e suporte adequado (Bentes et al, 2020).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros devem ter este facto presente, oferecendo um acompanhamento e cuidar global e holístico a estes clientes, tendo por base as necessidades que apresentam. Considerando as boas práticas no âmbito da Saúde Familiar atualmente, a prestação de cuidados à família está integrada uma perspetiva sistémica e vários teóricos promoveram esta mudança de paradigma.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi desenvolvido por Figueiredo (2012), baseado na reflexão das práticas dos enfermeiros em conjunto com a discussão reflexiva dos referenciais de enfermagem de família e dos modelos de Avaliação e Intervenção de Calgary. Este modelo procura explorar as práticas dos enfermeiros de família e conceber cuidados orientados para a colheita de dados e implementação das intervenções às famílias. Tem uma abordagem qualitativa pois é centrado no modo como as pessoas interpretam e atribuem significado à realidade vivida tendo em conta o contexto em que se insere. Também tem como características, identificar o potencial do sistema familiar como promotor de saúde dos seus subsistemas e saúde global, possibilitando a concetualização de propostas de ação consubstanciadas num paradigma ecossitémico e reconhecendo a complexidade do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), o papel do enfermeiro neste modelo passa por observador participante no processo de mudança, capacitação da família, promoção de projetos de saúde na família e facilitador no processo de solução de problemas e satisfação das necessidades. Este modelo tem como conceitos base a família, a saúde familiar, o ambiente familiar e os cuidados de enfermagem à família, sendo que a família engloba-se numa perspetiva sistémica e qualquer alteração na família afeta todas as partes, sucedendo que todos procuram

a mudança e o equilíbrio familiar; a saúde familiar medeia-se entre a estabilidade, mudança e capacidade para definir estratégias de modo a promover a funcionalidade familiar; o ambiente familiar é constituído por elementos humanos, físicos, económicos, políticos, culturais e organizacionais que se influenciam mutuamente e os cuidados de enfermagem à família se centram na interação e relação do enfermeiro com a família, promovendo uma relação interpessoal e terapêutica, permitindo a participação da família na promoção das mudanças necessárias. A avaliação familiar centra-se nas categorias avaliativas das dimensões de avaliação que em complementaridade com os dados avaliativos se constitui como uma estrutura de organização sistemática, visando o conhecimento aprofundado da família e a possibilidade de direcionar as intervenções no sentido da consolidação familiar (Figueiredo, 2012). No âmbito da avaliação estrutural caracteriza a estrutura da família, ou seja, a composição, os vínculos existentes entre a família e a família mais alargada e também os riscos para a saúde familiar em contexto ambiental. Nesta avaliação é utilizada a escala de Graffar que permite uma avaliação particular das áreas de atenção rendimento familiar e edifício residencial.

A avaliação do desenvolvimento consiste na compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família e envolve as etapas do ciclo vital segundo Relvas (1997), melhorando a compreensão contextual da família e a tomada de decisão sobre áreas de avaliação de maior relevância. A avaliação do desenvolvimento atua em várias áreas: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2012).

A avaliação funcional trata dos padrões de interação familiar que permite o desempenho das funções e tarefas familiares através da complementaridade funcional e valores que possibilitam a concretização das suas finalidades. Apresenta duas dimensões: papel do prestador de cuidados que avalia a dependência em relação ao autocuidado e a gestão do regime terapêutico, autovigilância e autoadministração de medicamentos. Engloba as dimensões avaliativas: conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso do papel, conflito do papel e saturação do papel. A outra área de atenção relaciona-se com o processo familiar, ou seja, permite uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e reconhece a necessidade de alguma mudança, apresentando como áreas avaliativas a comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica (aplicar as escalas de FACES II e Apgar Familiar) e crenças (Figueiredo, 2012).

Os instrumentos de avaliação familiar, não traduzem valor diagnóstico, mas permitem uma abordagem alargada e profunda à família, ajudando a identificar e definir diagnósticos. Segundo Figueiredo (2012) estes elementos contribuem para melhorar a comunicação terapêutica e facilitam a compreensão da funcionalidade familiar, permitindo um desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa, promovendo um maior envolvimento da família com o enfermeiro e possibilitando à família em estudo a oportunidade de apreciar a sua dinâmica familiar a partir de uma perspetiva até então desconhecida (Figueiredo, 2012).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2021-2030), é urgente e desafiante o desenvolvimento de estratégias dirigidas ao problema do envelhecimento da população, que tende a agravar-se e para o qual, de acordo com o relatório Health at a Glance 2021, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), não existem respostas suficientemente planeadas ou implementadas. Assim destaca-se a necessidade de investimento em profissionais habilitados, em cuidados e respostas na comunidade que "permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais" (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022, p.176).

Neste sentido, efetuou-se um estudo de caso de uma família, onde se aplicaram a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e os vários instrumentos de recolha de dados (genograma, Ecomapa), tendo como objetivo partilhar os resultados obtidos com avaliação e intervenção junto de uma família com pessoas idosas segundo o MDAIF, dando a conhecer os resultados obtidos para cada dimensão do modelo, bem como os planos de intervenção delineados.

Metodologia

Estudo de caso, de abordagem qualitativa (descritivo e exploratório), no qual foi considerada a *CARE Checklist* (Riley et al., 2017) durante a elaboração do relato do estudo de caso, envolvendo dois membros de uma família, tendo como cliente identificado AC, idosa com diagnóstico de síndrome demencial, e sua filha PC, prestadora de cuidados principal. O estudo adotou o MDAIF como referencial teórico.

Neste estudo consideramos como objeto de avaliação AC, idosa com diagnóstico de síndrome demencial no seu contexto familiar, valorizando o ambiente domiciliar, as narrativas do prestador de cuidados e avaliando a repercussão no estado saúde-doença da família. Os dados obtidos foram analisados e face aos diagnósticos estabelecidos foram delineadas intervenções à luz do MDAIF com base nos recursos e competências da família e comunidade. As necessidades foram identificadas e enunciados os diagnósticos, com posterior estabelecimento de um plano de intervenção para resolução e/ ou minimização dos problemas identificados. A recolha de dados relativa à informação decorrente da avaliação e intervenção familiar foi efetuada através da realização de entrevista, sendo que, previamente à mesma foram esclarecidos os objetivos do estudo e da aplicação do MDAIF, tendo sido entregue o documento do consentimento informado, que a prestadora de cuidados assinou depois de devidamente esclarecida e de ter assentido a realização do mesmo.

Foram efetuadas visitas em contexto domiciliário, com duração de cerca de 60 minutos cada. Em duas estiveram presentes AC e a sua filha PC, nas restantes três apenas esteve presente a filha PC. Para realizar a avaliação estrutural utilizamos os instrumentos recomendados pelo referencial teórico-metodológico do Modelo de Intervenção e Avaliação Familiar: o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada. O genograma familiar é um diagrama visual que representa a estrutura familiar interna e cujo objetivo é reunir numa representação gráfica as informações dos membros da família, as suas relações, os vínculos ao longo de várias gerações, os dados demográficos e a história clínica (Wrigth & Leahey, 2002). Permite compreender o indivíduo no contexto da sua família e o impacto da família no indivíduo, localizar um problema de saúde apresentando-o no seu contexto histórico e clarificar padrões transgeracionais de doença. No mínimo, devem estar representadas três gerações. O ecomapa, assim como o genograma, é um instrumento de abordagem familiar, que permite a identificação de desequilíbrios na rede social. É um esquema que retrata as relações sociais e familiares, ou seja, explora as relações entre a família e a comunidade, permitindo a avaliação dos apoios disponíveis no contexto social da família e a sua utilização pela mesma. Avalia a força, o impacto e qualidade da ligação. Pode representar a presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e económicos. É dinâmico, pois representa um retrato de um determinado momento na vida dos membros da família (Castanheira Nascimento et al., 2014). A utilização do ecomapa permite não só uma visão ampliada da rede social, como também fornece informações sobre problemas nas relações individuais e familiares que, após "diagnosticadas" podem sofrer intervenções. Para a avaliação da notação social da família, foi aplicada a escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001) que avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo classificar a sua classe social, de forma a prever condições de risco, considerando elementos como profissão, instrução, rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência.

Resultados

Composição da família

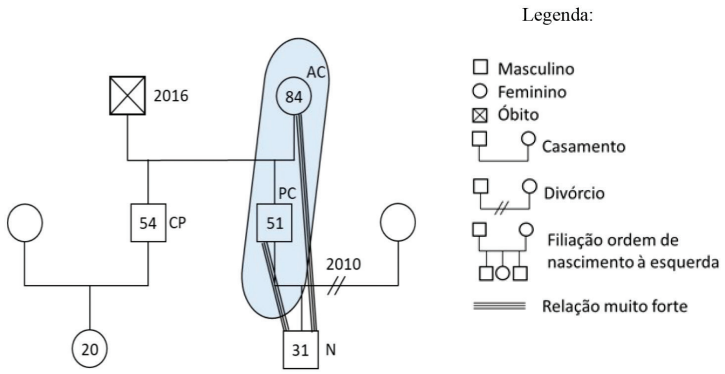
A família é constituída por dois elementos: a mãe AC, 80 anos, viúva, diagnosticada com síndrome demencial, e PC, 51 anos, filha e prestadora principal de cuidados. AC vive com a filha, que passaram a coabitar desde a pandemia de COVID-19. AC tem outro filho, CP, casado, que residente na mesma cidade, com quem mantém contacto regular via

telefone e visitas ocasionais. A nora e a neta adolescente visitam AC em datas festivas, mantendo um vínculo afetivo positivo.

PC é divorciada e mãe de N, jovem adulto que vive noutra cidade, mas mantém um vínculo próximo com AC e PC, sobretudo por contacto digital diário através de videochamada. Existe uma forte ligação emocional, sendo habitual AC e PC passarem períodos de férias na cidade onde N reside, reforçando o laço familiar. PC trabalha na área da saúde e concilia o trabalho com o papel de cuidadora principal da mãe, recorrendo ao apoio de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), onde AC permanece durante o dia (Figura 1).

O sistema familiar é afetivamente coeso, embora a sobrecarga dos cuidados recaia de forma quase exclusiva sobre PC.

Figura 1
Genograma da família.

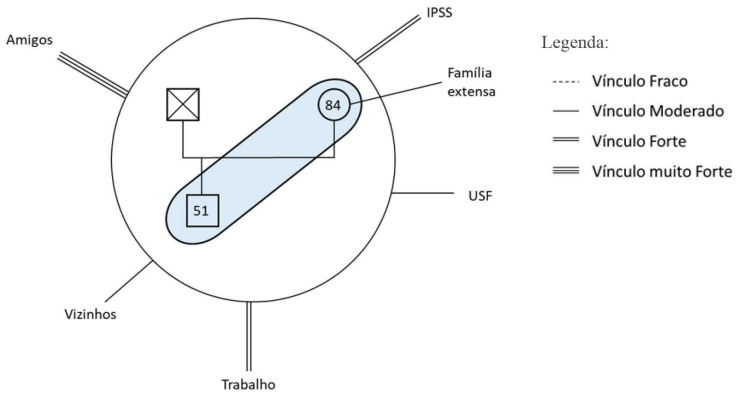


Nota. Fonte própria.

Sistemas mais amplos

No que concerne aos sistemas mais amplos, a família mantém vínculos significativos com o trabalho de PC, com um grupo restrito de amigos, com a IPSS, a USF e os vizinhos. O apoio emocional e social é particularmente relevante nos amigos e na IPSS, proporcionando suporte contínuo na rotina familiar, enquanto a USF e os vizinhos oferecem apoio pontual, sendo recursos moderados, mas valiosos (Figura 2).

Figura 2
Ecomapa da família.



Nota. Fonte própria.

Classe social

Usando a Notação Social da Família (Escala de Graffar), a família situa-se socialmente em classe média-alta, com profissão grau 2 (PC trabalha na área da saúde), instrução grau 1 (nível educacional elevado), rendimento familiar grau 3 (salário de PC e pensão de AC), tipo de habitação grau 2 (apartamento espaçoso, confortável e adaptado) e local de residência grau 2(zona urbana com acessos adequados).

A família vive do rendimento que provém do salário de PC e da pensão de AC, garantindo estabilidade financeira e um estilo de vida confortável. A habitação é ampla, segura, higienicamente adequada e adaptada às necessidades de mobilidade de AC, sem barreiras arquitetónicas relevantes.

Áreas de atenção familiares

Relativamente às áreas de atenção familiares foram avaliadas todas áreas ajustáveis às características e especificidades desta família.

Áreas de atenção da dimensão estrutural

No caso da dimensão estrutural, além dos dados avaliativos, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança. A família reside num apartamento adaptado às necessidades de AC, com barras de apoio na casa de banho e boas condições de higiene. O sistema de aquecimento é central, com caldeira a *pellets*, e o abastecimento de água é feito por rede pública adequada ao consumo humano.

Os dados recolhidos nesta dimensão permitem-nos verificar áreas de atenção como Rendimento Familiar suficiente, Edifício Residencial seguro e não negligenciado e Precaução e Segurança demonstrado.

Estes fatores evidenciam um ambiente residencial seguro e adequado, constituindo recursos para a família.

Áreas de atenção da dimensão do desenvolvimento

Nesta dimensão desenvolvimento, a área de atenção avaliada é o papel parental, embora no caso da Família em estudo não tenha sido possível avaliar parâmetros específicos devido à alteração cognitiva de AC associada à demência. A deterioração das capacidades cognitivas inviabiliza o desempenho efetivo deste papel, alterando a dinâmica relacional entre mãe e filha.

Áreas de atenção da dimensão funcional

Nesta dimensão, considerou-se relevante colher dados nas áreas de atenção do papel de prestador de cuidados e processo familiar.

Papel de Prestador de Cuidados: A filha PC assume integralmente o papel de cuidadora, reorganizando a vida familiar em função das necessidades da mãe. AC, de 80 anos, apresenta dependência grave em todos os autocuidados, conforme avaliação pelo Índice de Barthel (9 pontos), e alto risco de queda (score EQM 65 pontos).

PC demonstra conhecimento adequado do papel e comportamentos de adesão, constituindo uma força da família. Contudo, foi identificada **sobrecarga intensa** associada ao papel de cuidadora, evidenciada pela Escala de Zarit (score >56) e relatos de exaustão física e emocional, como:

"Nem tenho tempo para mim (...) estou exausta".

A sobrecarga de PC é intensificada pela necessidade de conciliar o cuidado da mãe com a atividade profissional e pelo transporte diário de AC à IPSS.

Processo Familiar: Observou-se que PC adota estratégias eficazes de comunicação com AC, ajustando o discurso à capacidade cognitiva da mãe, mantendo calma, contacto visual, frases curtas e tom de voz adequado. PC utiliza recursos didáticos, como um boneco que repete falas, promovendo interação e envolvimento de AC. Estes comportamentos indicam um **processo familiar funcional**, apesar da sobrecarga da prestadora de cuidados. Assim, **quanto ao conhecimento do papel**, compreendeu-se que PC tem o conhecimento necessário, pelo menos em termos de técnica, visto que as necessidades são individuais e únicas para cada pessoa. Quanto aos comportamentos de adesão, verifica-se que estão adequados.

A análise dos dados avaliativos e do contexto familiar permitiu identificar as características que definem a família como um todo, incluindo seus pontos fortes e as áreas que necessitam de atenção. As forças representam os recursos internos do sistema familiar, e o diagnóstico, elaborado com base nessa análise, serve como guia para o desenvolvimento e o empoderamento da família. Assim foram reconhecidas como forças da família: conhecimento e habilidades de PC na prestação de cuidados, vínculo afetivo positivo com AC e presença de redes de apoio (IPSS, amigos, família alargada).

Dos diagnósticos à intervenção familiar

Após a análise dos dados obtidos na interação com a família, nas várias categorias das dimensões do MDAIF estabeleceram-se os critérios de diagnóstico que permitiram criar juízos sobre cada uma das áreas de atenção, para que fosse possível identificar as forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas, com vista ao restabelecimento da saúde familiar, considerando o de caráter mais urgente e definida como área de atenção principal.

Chegou-se aos seguintes diagnósticos na dimensão funcional:

- Papel Prestador de Cuidados Não Adequado - Por Saturação do Papel
  - Embora PC possua conhecimento adequado e comportamentos de adesão, a sobrecarga intensa impede a manutenção do papel de forma sustentável.
  - A sobrecarga manifesta-se pelo desgaste físico e emocional da cuidadora, interferindo na sua qualidade de vida e capacidade de prestar cuidados de forma contínua.

As intervenções de enfermagem delineadas são apresentadas na tabela 1

Tabela 1
Proposta de intervenção relativa à dimensão funcional.

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem
Papel Prestador de Cuidados **Não Adequado**	• Promoção de comunicação expressiva de emoções, explorando situações geradoras de sobrecarga. • Negociação da promoção do envolvimento da família alargada, distribuindo responsabilidades de cuidado. • Informação à família sobre recursos da comunidade, facilitando acesso a apoios disponíveis. • Reforço positivo e conotação positiva para reconhecer forças da cuidadora. • Orientação sobre estratégias de gestão do tempo e pausas de descanso, incluindo possibilidade de contratação de cuidadora temporária.

Intervenção familiar

O objetivo da intervenção centrou-se em **promover um papel de prestadora de cuidados sustentável para PC**, conciliando responsabilidades profissionais e cuidados a AC. Foram utilizadas técnicas de **conotação positiva e metáforas** para reforçar forças da família e motivar a partilha de responsabilidades.

Estratégias aplicadas:

- Elogiar os conhecimentos e habilidades de PC.

- Reorganizar tarefas e horários, incluindo transporte de AC à IPSS.
- Explorar possibilidade de envolvimento do irmão de AC (CP) para pequenas tarefas.
- Orientar a família para serviços sociais e recursos comunitários, facilitando apoio adicional.

PC demonstrou resistência inicial à ajuda externa, justificando que prefere cuidar da mãe pessoalmente, mas aceitou gradualmente redistribuir responsabilidades para reduzir sobrecarga.

Discussão

Avaliação dos resultados da intervenção

As intervenções implementadas permitiram melhorias na forma como PC percebe e gere o seu papel de cuidadora. Houve maior consciência sobre a necessidade de partilhar responsabilidades e utilizar recursos externos, como apoio da família alargada e serviços comunitários. Da parte da equipa de saúde verificou-se uma valorização do papel da prestadora de cuidados, tendo-se estabelecido uma relação de proximidade onde se teceram elogios ao seu empenho e trabalho de forma continua e regular. Este aspeto é positivo e motivador, ajudando a prestadora de cuidados na sua tarefa e enaltecendo a sua entrega, como também se verifica no estudo elaborado por Santos et al (2024).

Apesar do acompanhamento da prestadora de cuidados pela equipa e do apoio disponibilizado, o diagnóstico de Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Saturação do Papel mantém-se, dado que PC continua a assumir a maior parte das responsabilidades sozinha e ainda não consolidou mudanças estruturais no modelo de cuidados. Como refere Sequeira (2018), os prestadores de cuidados apresentam algumas fragilidades no processo de cuidar do seu ente querido, o que pode condicionar sobrecarga e uma diminuição na qualidade dos cuidados que prestam. A esse nível não foram identificadas alterações, mas a manutenção do estado de sobrecarga é preocupante e deve ser um alerta para a equipa de saúde.

Neste contexto, o acompanhamento contínuo pela equipa de enfermagem de saúde familiar é fundamental, com visitas domiciliárias regulares, escuta ativa das necessidades da cuidadora e monitorização dos níveis de sobrecarga física e emocional. As estratégias incluem:

- Reforço positivo do papel de PC.
- Promoção do acesso facilitado a recursos comunitários e serviços sociais.
- Adoção progressiva de soluções sustentáveis para garantir bem-estar da pessoa dependente e da prestadora de cuidados.

A adoção destas estratégias permite a capacitação do prestador de cuidados e, ao mesmo tempo, a redução do risco de sobrecarga e a melhoria da qualidade dos cuidados,

sendo importante também um processo de preparação prévio com incremento do seu nível de literacia (Melo et al, 2021).

Ser prestador de cuidados revela-se muito exigente e trabalhoso e nem sempre a pessoa é detentora do nível de conhecimentos para tal, o que não se verificou nesta família. Na opinião de Nunes et al (2024), a assunção deste papel é uma experiência desafiadora e exigente, tendo-se verificado que a prestadora de cuidados assumiu a sua missão em termos de responsabilidade familiar e "obrigação", procurando sempre a satisfação das necessidades da sua mãe e desempenhando o seu papel com orgulho e satisfação.

Conclusão

O MDAIF possibilitou uma compreensão abrangente da família em questão, o que facilitou uma abordagem mais unificada e eficaz das suas necessidades. Os diagnósticos de enfermagem formulados e as intervenções propostas visaram as dimensões descritas pelo MDAIF. De realçar que a família se encontra numa transição saúde doença, sofrendo o impacto face às exigências que esta impõe, com o agravamento da saúde da idosa e à consequente sobrecarga do papel de prestadora de cuidados.

Neste contexto, grande parte das intervenções delineadas foram direcionadas para questões associadas em relação à saturação do papel de prestador de cuidados, pois este é sem dúvida um papel de grande compromisso e responsabilidade, expressivo de grande exigência. A nossa intervenção centra-se no suporte emocional, na redistribuição de responsabilidades, na promoção da comunicação e no encaminhamento para recursos comunitários, no sentido de desenvolver competências tendo em conta que as intervenções familiares são cruciais para atender às necessidades da família como um todo. Estas estratégias contribuíram para reduzir a sobrecarga emocional, melhorar a gestão das rotinas e promover ganhos em saúde, com maior perceção da importância do apoio e aceitação gradual de ajuda externa. Apesar dos progressos, a sobrecarga da cuidadora mantém-se parcialmente, o que reforça a necessidade de acompanhamento contínuo pela equipa de enfermagem de saúde familiar, garantindo a sustentabilidade dos cuidados. Este estudo evidencia a relevância do MDAIF na prática clínica, adaptado à realidade portuguesa, permitindo intervenções consistentes e colaborativas que valorizam as forças da família e promovem a qualidade de vida no processo de envelhecimento, resultando em melhorias mensuráveis na saúde e na qualidade dos cuidados. Por fim, destaca-se que o envelhecimento é um processo inevitável, mas que pode ser vivido de forma mais digna e equilibrada quando acompanhado de perto por profissionais de saúde. O enfermeiro de família desempenha um papel essencial ao identificar situações de sobrecarga, fomentar redes de apoio e articular recursos comunitários. Assim, cuidar da família é, em simultâneo, cuidar da pessoa idosa, transformando os desafios do envelhecimento em oportunidades de crescimento e partilha.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Referências bibliográficas

Almeida, P. (2020). O envelhecimento e as doenças crônicas na população idosa brasileira. *Revista Portuguesa de Enfermagem Comunitária*, 32(1), 45–57.

Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar.* Lisboa: Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e comunicação: Desafios para os(as) enfermeiros(as). *In Competência em Enfermagem Gerontogeriátrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado* (pp. 43–63). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Bentes, A. C. O., Pedroso J. da S., & Falcão D. V. da S. (2020). Papéis desempenhados por pais idosos e filhos na velhice: Revisão integrativa de literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 23(3), 901X.2020v23i3p321-337

CARE Group. (2013). *CARE checklist of information to include when writing a case report*. https://www.care-statement.org/checklist

Castanheira Nascimento, L., Ribeiro de Oliveira Dantas, I., Dully Andrade, R., & Falleiros de Mello, D. (2014). *Genograma e ecomapa: Contribuições da enfermagem brasileira. Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(1), 211–220.

Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano estratégico para o envelhecimento ativo 2021 - 2030 (Vol. 1)*. Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e publicacoes/plano-estrategico-para-o-envelhicimento-ativo-e-saudavel-2021 2030-volume-i.aspx

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Figueiredo, T. E. (2020). Envelhecimento e família: Reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. *Archives of Health*, 1(3), 101–110. https://doi.org/10.46919/archv1n3-003

Instituto Nacional de Estatística, (2021). Censos 2021 - *Divulgação dos resultados provisórios*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=535653930 123

Lopes dos Santos, R., Sobral, S., Silva, L. A., Bessa, Énio, Costa, J. F., Pires, O., … Alves, E. (2024). Papel do prestador de cuidados: construção de um percurso clínico por enfermeiros especialistas. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, *7*(3), 1–10. https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.340

Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e *coping* na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 4*(1), 61-73. https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119

Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. M. (2023). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Sciencia,* 91–107. https://doi.org/10.46691/es.vi.101

Ministério da Saúde. (2018). *Plano Nacional de Saúde 2019 - 2030*. https://pns.dgs.pt/

PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento - Municípios*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2ª ed.). Edições Afrontamento.

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., . . . Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology, 89*, 218–235. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Lidel.

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. (5ª ed.). Editora Roca.