

INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR COM FAMÍLIAS EM PROCESSO DE LUTO

Maria Gabriela Ferreira Amorim



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria Gabriela Ferreira Amorim

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar com Famílias em Processo de Luto

Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Catarina Alves

Coorientadora:

Professora Doutora Manuela Cerqueira

OUTUBRO DE 2025

PENSAMENTO

*“Ninguém é suficientemente perfeito que não possa aprender com o outro,
e ninguém é totalmente desprovido de valores que não possa ensinar algo ao seu irmão.”*

São Francisco de Assis

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento:

À minha orientadora e coorientadora pela sua orientação cuidadosa, paciência e apoio constante durante todo o desenvolvimento do projeto.

A todos os professores que contribuíram de maneira significativa para minha formação em saúde familiar.

Ao meu marido, às minhas filhas e à minha mãe, que estiveram ao meu lado em cada momento, com amor, apoio incondicional e incentivo nos momentos mais desafiadores. Vocês são a base e a força que torna esta conquista possível, e sou profundamente grata por vos ter na minha vida.

Às minhas queridas colegas Judite e Joana, que foram pilares fundamentais ao longo de toda esta caminhada, pela amizade, apoio e companheirismo.

À Margarida, minha colega de trabalho, que nunca me desamparou e esteve sempre presente, e a todas as outras colegas que, com sua generosidade e colaboração, enriqueceram a minha jornada profissional e acadêmica.

Às enfermeiras e enfermeiros participantes deste estudo, que contribuíram de forma voluntária e generosa, partilhando as suas experiências e perspectivas. A dedicação e o compromisso de cada um foram essenciais para a realização e a autenticidade deste trabalho, e sou profundamente grata pela colaboração de todos.

Agradeço à minha instituição de ensino pelo suporte educacional, pela estrutura e pelas oportunidades oferecidas durante a realização deste estágio.

À Unidade de Saúde Familiar (USF RP), pelo acolhimento e pelo espaço para o desenvolvimento deste estudo, tornando possível a realização deste trabalho. Um agradecimento especial à minha tutora de estágio, Cristina Afonso, pela orientação, pela confiança e pelo apoio constante ao longo deste percurso.

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório ao meu querido marido, que sempre acreditou em mim, me incentivou e esteve ao meu lado em cada etapa desta jornada. A sua confiança foi o meu maior impulso para seguir em frente. E às minhas filhas, que são a minha fonte de inspiração e alegria. A vocês, toda a minha gratidão e amor.

Também dedico este trabalho às famílias em processo de Luto e aos utentes que inspiraram o meu trabalho e estudo na área da Saúde Familiar.

RESUMO

A perda de uma pessoa significativa implica uma reorganização dos papéis familiares e a adaptação a uma nova realidade. Embora o luto seja uma experiência singular e subjetiva, o acompanhamento dos enfermeiros especialistas em saúde familiar pode atenuar o impacto emocional e favorecer a vivência saudável desse processo transicional. Neste contexto, delineou-se a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros de uma unidade de saúde familiar no apoio às famílias em situação de luto?* O objetivo consistiu em analisar a perspectiva dos enfermeiros de saúde familiar relativamente às intervenções desenvolvidas junto de famílias em luto.

Trata-se de um estudo qualitativo, de carácter exploratório e descritivo, direccionado a enfermeiros de saúde familiar. A recolha de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo os resultados submetidos a análise de conteúdo, segundo (Bardin, 2016).

Os achados evidenciam que os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel fundamental no apoio às famílias em processo de luto, através de intervenções baseadas na escuta ativa, na empatia e no suporte emocional. Entre as vantagens identificadas destacam-se a prevenção do luto complicado e o fortalecimento da relação terapêutica com as famílias. Contudo, os profissionais enfrentam desafios importantes, como a gestão da própria carga emocional e a escassez de formação específica na área do luto.

Emerge, assim, a necessidade de uma abordagem integral — relacional, emocional e informativa. O desenvolvimento contínuo das competências do enfermeiro de família, aliado à utilização do MDAIF, contribui para cuidados de saúde primários mais humanizados e eficazes. O cuidado centrado na família favorece um ambiente seguro e acolhedor, permitindo que a experiência do luto seja vivida de forma adaptativa e com suporte adequado. Ademais, a implementação de programas de apoio psicológico e a promoção de condições laborais saudáveis revelam-se essenciais para o bem-estar dos profissionais, prevenindo o burnout e qualificando a assistência prestada.

Palavras chave: Luto, Cuidados de Enfermagem, Saúde da Família e Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

The loss of a significant person implies a reorganization of family roles and adaptation to a new reality. Although grief is a unique and subjective experience, the support of nurses specializing in family health can mitigate the emotional impact and promote a healthy experience of this transitional process. In this context, the following research question was outlined: What interventions do nurses in a family health unit carry out to support families in mourning? The objective was to analyze the perspective of family health nurses regarding the interventions developed with families in mourning.

This is a qualitative, exploratory, and descriptive study aimed at family health nurses. Data collection will be carried out through semi-structured interviews, and the results will be submitted to content analysis, according to

The findings show that family health nurses play a fundamental role in supporting bereaved families through interventions based on active listening, empathy, and emotional support. Among the advantages identified are the prevention of complicated grief and the strengthening of the therapeutic relationship with families. However, professionals face significant challenges, such as managing their own emotional burden and the lack of specific training in the area of grief.

Thus, there is a need for a comprehensive approach—relational, emotional, and informative. The continuous development of family nurse competencies, combined with the use of MDAIF, contributes to more humanized and effective primary health care. Family-centered care fosters a safe and welcoming environment, allowing the experience of grief to be lived in an adaptive way and with adequate support. In addition, the implementation of psychological support programs and the promotion of healthy working conditions are essential for the well-being of professionals, preventing burnout and improving the quality of care provided.

Keywords: Grief, Nursing Care, Family Health, and Family Nursing.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	V
DEDICATÓRIA.....	VI
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
SUMÁRIO.....	IX
ABREVIATURAS, ACRÔNIMOS E SIGLAS	XIII

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

CAPÍTULO I - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	4
--	----------

1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	5
2. Diagnóstico de necessidades identificadas no contexto de estágio.....	8
3. Desenvolvimento de competências comuns e específica	9

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO	14
--	-----------

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16

2.1. Perda e o processo de luto.....	16
2.2. Vivências do processo de Luto ao longo dos tempos.....	17
2.3. Morte e morrer na atualidade	18
2.4. Família - conceito e evolução ao longo dos tempos	19
2.5. A Vivência Familiar no processo de luto.....	21
2.6. As intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar no processo de luto.....	22

3. METODOLOGIA.....	24
----------------------------	-----------

3.1. Questões de Investigação, Finalidade e objetivos.....	24
3.2. Tipo de estudo	25
3.3. População e amostra.....	26
3.4. Instrumento, estratégia e procedimento de Recolha de Dados	27
3.5. Procedimentos Éticos	28
3.6. Apresentação dos resultados	28
3.6.1. Caracterização dos participantes.....	28
3.6.2. Dando voz aos Enfermeiros	29

3.6.2.1. Intervenções realizadas pelos enfermeiros de família.....	31
3.6.2.2. Vantagens identificadas pelos enfermeiros no apoio ao familiar em luto	32
3.6.2.3 Desafios enfrentados pelos enfermeiros no apoio ao luto	34
3.6.2.4 Estratégias de coping mobilizadas pelos enfermeiros	36
3.6.2.5 Necessidades dos enfermeiros para lidar com o luto	38
3.6.2.6. Sugestões dos enfermeiros para melhorar o apoio ao luto	39
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1. Intervenções realizadas pelos enfermeiros de família.....	41
4.2. Vantagens identificadas no apoio ao familiar em luto	43
4.3. Desafios enfrentados pelos enfermeiros no apoio ao luto.....	44
4.4. Estratégias de coping mobilizadas pelos enfermeiros.....	45
4.5. Necessidades dos enfermeiros para lidar com o luto	46
4.6. Sugestões dos enfermeiros para melhorar o apoio ao luto.....	47
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	48
Recomendações.....	50
6. SÍNTESE REFLEXIVA DO RELATÓRIO.....	51
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 53
 ANEXOS	 57
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética.....	58
Anexo 2 – Autorização coordenador USF	61
 APÊNDICES.....	 64
Apêndice 1 - Entrevista	65
Apêndice 2 – Estudo do caso I	68
Apêndice 3 – Estudo do caso II.....	89
1.1. Composição da família.....	90
1.2. Tipo de família	92
1.3. Família extensa.....	92
1.4. Sistemas mais amplos (Ecomapa)	92
1.5. Classe social	94
1.6. Edifício residencial e sistema de abastecimento	94
1.7. Ambiente biológico	94

2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO À LUZ DO MDAIF	95
3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL À LUZ DO MDAIF	97
3.1. Processo Familiar	97
4. Aplicação do Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos (Direção-Geral da Saúde, 2019).....	102
Etapas seguidas:	102
Apêndice 4 – Brochura luto	106
Apêndice 5 - Apoio no luto, guia para enfermeiros de saúde familiar.....	108
Apêndice 6 – Boletim informativo - abril 2025	133
Apêndice 7 – Análise de dados.....	135
Apêndice 8 – Consentimento informado.....	151

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADRADOS E DIAGRAMAS

FIGURA

Figura 1. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos do Centro de Saúde Cávado I Braga (ACeS Braga), USF, outubro 2024	6
---	---

QUADRO

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de família participantes.....	29
---	----

TABELA

Tabela 1 - Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de análise	30
---	----

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

B-on – Biblioteca de conhecimento online

CFAM – Calgary Family Assessment Model

CFIM – Calgary Family Intervention Model

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM-5-TR – 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EEESF Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ICD-11 – 11ª Edição de Classificação Internacional de Doenças

IPO - Instituto Português de Oncologia

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLP – Perturbação de Luto Prolongado

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TLP – Transtorno de Luto Prolongado

ULS – Unidade Local de Saúde

USF -Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal impulsionou a criação de novas unidades funcionais, entre as quais se destacam as Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas são constituídas por equipas multiprofissionais de médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que assumem responsabilidade partilhada pela qualidade dos cuidados prestados e pelos resultados alcançados. Ao promoverem a acessibilidade, a qualidade e a eficiência dos serviços, estas equipas contribuem para o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em consonância com os objetivos do Plano Nacional de Saúde (Freitas et al., 2021)..

Neste cenário de reforma e evolução dos CSP, ganha relevo a intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar, cuja prática centra-se na prestação de cuidados dirigidos à família em todas as fases do ciclo vital. A sua atuação, sustentada por diferentes teorias e correntes de pensamento, adapta-se continuamente às transformações das estruturas e dinâmicas familiares, entendidas como realidades dinâmicas e em permanente evolução, moldadas pelas mudanças sociais (Diário da República, 2018).

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros reforça que a prestação de cuidados de enfermagem exige, para além de conhecimentos técnicos e científicos, competências relacionais e humanas elevadas. A especialização é, assim, considerada indispensável para garantir cuidados diferenciados e responder à crescente complexidade dos contextos de prática. Entre as competências do Enfermeiro Especialista destacam-se a capacitação de clientes e colegas, a orientação e o aconselhamento, bem como a liderança na produção e divulgação de investigação científica, contribuindo para a evolução contínua da profissão (Diário da República, 2019).

Foi neste enquadramento que decorreu o estágio profissional do segundo ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvido na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em parceria com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. O estágio realizou-se numa USF integrada na Unidade Local de Saúde de Braga, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem à família em todas as etapas do ciclo vital e em contexto comunitário (Diário da República, 2014).

Esta experiência formativa permitiu consolidar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com especial enfoque na área de Enfermagem de

Saúde Familiar, bem como competências de investigação científica. Contudo, ao longo do percurso, foi possível observar que as situações de luto vivenciadas por algumas famílias não eram frequentemente alvo de uma abordagem sistemática por parte das equipas de saúde. A ausência de protocolos específicos, a escassez de intervenções estruturadas e a falta de tempo e de formação dos profissionais surgiram como fatores que limitam a eficácia do acompanhamento. Esta realidade evidenciou a pertinência de aprofundar a problemática do acompanhamento em situação de luto, reconhecendo a sua complexidade e os potenciais impactos negativos que a ausência de cuidados adequados, contínuos e centrados na pessoa pode gerar na saúde individual e familiar.

O luto constitui uma resposta natural à perda, expressando-se em sofrimento emocional intenso e profunda tristeza. Trata-se de um processo dinâmico, único e multifacetado, vivido de forma particular por cada indivíduo (Bouso, 2011). Para reorganizar a vida após uma perda significativa, é fundamental mobilizar mecanismos de adaptação que favoreçam a recuperação. Neste processo, o Enfermeiro de Saúde Familiar desempenha um papel central na mitigação dos riscos associados ao luto e no alívio do sofrimento, garantindo uma intervenção sensível e adequada.

A prática profissional demonstra, assim, a necessidade de desenvolver competências específicas no domínio do acompanhamento de famílias em processo de luto, de modo a promover intervenções eficazes e orientadas para ganhos em saúde. Foi a partir desta constatação que se definiu o objetivo de realizar um estudo centrado na análise das “Intervenções dos enfermeiros de Saúde familiar com famílias em processo de luto”.

Com vista a aprofundar esta temática, realizou-se uma revisão da literatura entre outubro e dezembro de 2024, recorrendo às bases de dados científicas disponíveis na Biblioteca do Conhecimento Online (B-on), bem como a fontes institucionais e académicas pertinentes. A pesquisa incluiu livros, artigos científicos e trabalhos académicos (teses de mestrado e doutoramento), selecionados pela sua relevância para o objeto de estudo. Face à escassez de fontes primárias diretamente relacionadas com a temática, foi igualmente necessário recorrer a fontes secundárias.

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em dois capítulos principais:

Capítulo I – Apresenta uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências ao longo do estágio.

Capítulo II – Aborda o estudo empírico, incluindo a contextualização da temática, o enquadramento teórico e metodológico, a apresentação e discussão dos resultados, as conclusões do estudo e uma síntese final.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR**

Este Relatório de Estágio de Natureza Profissional foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio, realizada no 1.º semestre do 2.º ano do II Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo durante o ano letivo de 2024/2025. Este curso resulta de um consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O estágio foi realizado em contexto de prática clínica numa USF, decorreu entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, num total de 390 horas.

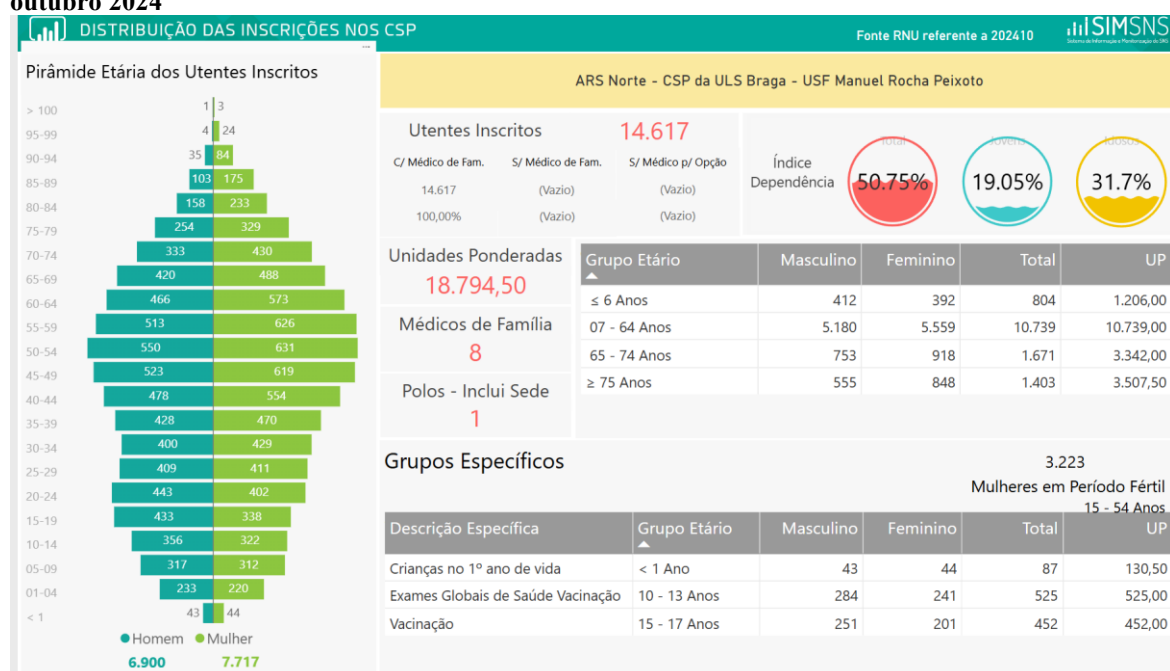
1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

A Unidade de Saúde Familiar (USF) iniciou a sua atividade em 23 de março de 2009 e, desde 1 de julho de 2010, opera como uma USF Modelo B. Em 2012, candidatou-se ao processo de Acreditação de Unidades de Saúde, com base no Modelo de Acreditação da Andaluzia. Esse processo foi iniciado em 2017 e concluído em janeiro de 2019 (Ribeiro et al., 2023). Desde 2023 a USF está integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga. É composta por oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos, que se uniram voluntariamente para formar uma equipa multidisciplinar. Seguem o modelo organizacional de equipa de saúde, onde cada equipa é composta por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico. A missão da equipa da USF é atender às necessidades das pessoas e famílias de forma personalizada, garantindo qualidade, eficiência, profissionalismo, acessibilidade, globalidade e continuidade nos cuidados de saúde. A visão da USF é tornar-se uma referência na qualidade dos cuidados de saúde, alcançar elevados níveis de satisfação entre utentes e profissionais. Além disso, tem como objetivo desempenhar um papel de excelência na formação de profissionais de saúde, tanto em cursos pré como pós-graduados.

Os valores fundamentais da USF são: profissionalismo, eficiência, qualidade, disponibilidade, dedicação, ética, lealdade, solidariedade, humildade e inovação.

Em março de 2023, a USF tinha 14.752 utentes inscritos, o que equivale a 18 779,5 unidades ponderadas. Há uma ligeira predominância do sexo feminino, representando 53% dos utentes, enquanto os homens representavam 47%. Os grupos etários mais representativos da população inscrita correspondem aos indivíduos entre os 45 e os 49 anos (7,06%), entre os 50 e os 54 anos (7,88%) e entre os 55 e os 59 anos (7,79%). Em conjunto, estes três grupos totalizam 3.323 utentes, o que corresponde a 22,7% da população inscrita, evidenciando um predomínio da faixa etária adulta de meia-idade (Ribeiro et al., 2023).

Figura 1. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos do Centro de Saúde Cávado I Braga (ACeS Braga), USF, outubro 2024



Fonte: (SNS, 2024)

A estrutura demográfica da USF é regressiva, típica de países desenvolvidos e sociedades envelhecidas. Isso é resultado do aumento da esperança média de vida, da redução da taxa de mortalidade e da diminuição da taxa de natalidade.

Os princípios fundamentais de organização da USF são orientados para o cidadão. Cada cidadão inscrito é designado a uma equipa de saúde, com o objetivo de garantir que os cuidados sejam preferencialmente prestados pelo seu médico ou enfermeiro de família. Os contatos dos cidadãos com a USF são coordenados pelo secretariado clínico, que funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

A USF oferece uma ampla carteira de serviços, incluindo programas de saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, saúde materna, rastreio oncológico, vigilância de diabéticos e hipertensos, cuidados para idosos e pacientes crónicos, vacinação, cuidados domiciliários e colaboração com outros serviços. A equipa realiza reuniões semanais para discutir questões operacionais e realizar sessões de formação, além de reuniões setoriais mensais (Ribeiro et al., 2023). De acordo com os princípios da USF e o Guia de Estágio, foram definidos os seguintes objetivos:

- Estabelecer uma relação de parceria com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas.

- Encorajar a família a cocriar um plano de cuidados dinâmico, destacando seus pontos fortes.
- Realizar anamnese familiar utilizando instrumentos de avaliação e documentar o plano de cuidados.
- Registrar as informações na linguagem padronizada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nos sistemas de informação.
- Monitorizar e facilitar as respostas às transições familiares, considerando a complexidade das situações ao longo do ciclo de vida familiar.
- Colaborar com outras equipas do centro de saúde, mobilizando os recursos necessários para prestar cuidados a famílias em processo de luto.
- Gerir o sistema de cuidados de saúde familiar nos diferentes níveis de prevenção, com foco no apoio a famílias em luto.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (EEESF) possui competências regulamentadas para cuidar da família em todas as fases do ciclo de vida, considerando a população atendida e o contexto em que está inserida. Assim, é essencial destacar suas principais competências:

- Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Diário da República, 2018).

2. Diagnóstico de necessidades identificadas no contexto de estágio

A elaboração do diagnóstico de necessidades constituiu um passo essencial para fundamentar uma intervenção coerente com a realidade observada na prática, permitindo estruturar uma resposta ajustada ao acompanhamento das famílias em processo de luto. Como refere Figueiredo (2023), a prática clínica exige uma base teórica sólida que sustente as ações dos profissionais, sendo o pensamento reflexivo e abstrato indispensável para conferir intencionalidade ao cuidado. Neste sentido, torna-se evidente que a saúde individual está profundamente interligada ao funcionamento familiar, numa relação bidirecional em que a doença ou o sofrimento de um membro afeta todo o sistema, enquanto o equilíbrio familiar influencia diretamente o bem-estar de cada indivíduo. Assim, os cuidados de enfermagem dirigidos à família devem centrar-se na promoção da sua resiliência e fortalecimento, capacitando-a para enfrentar as exigências próprias do seu desenvolvimento e dos diferentes ciclos de vida (Figueiredo, 2023).

O processo de diagnóstico iniciou-se logo nas primeiras semanas de estágio, desenvolvendo-se de forma contínua, dinâmica e estruturada. Através da auscultação informal dos profissionais envolvidos nos cuidados, da observação direta da prática clínica, da participação ativa no planeamento, execução e monitorização das intervenções e da partilha de experiências no seio da equipa, foi possível identificar diversas áreas críticas. Entre elas, destacaram-se a ausência de recursos orientadores específicos para o acompanhamento de famílias em luto, as dificuldades emocionais sentidas por alguns profissionais na gestão destas situações, a valorização da escuta ativa como ferramenta central da relação de ajuda, bem como a necessidade de reforçar a articulação com serviços especializados, como os cuidados paliativos e o apoio psicológico. Esta leitura contextualizada da realidade da USF sustentou a proposta de intervenção apresentada neste relatório, orientada para a qualificação da prática de enfermagem no acompanhamento das famílias em processo de luto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume o cuidado da família como um todo, ao longo de todo o ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção, incluindo momentos de crise e de transição, como o processo de luto. As necessidades observadas durante a prática articulam-se diretamente com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, definidas no respetivo Regulamento (Diário da República, 2018). Destacam-se, em particular, as competências relativas ao cuidado da família enquanto unidade ao longo do ciclo vital, sobretudo em situações de transição complexa, como o luto (unidade de competência 1.6), e aquelas que dizem respeito à liderança e colaboração em

processos de intervenção, promovendo a articulação com outras equipes e a continuidade dos cuidados (unidade de competência 2.1).

Assim, a proposta de intervenção apresentada neste relatório surge como resposta concreta e fundamentada às lacunas identificadas, tendo como objetivos a qualificação da prática, a valorização profissional e a melhoria da resposta às crescentes exigências da Enfermagem de Saúde Familiar.

3. Desenvolvimento de competências comuns e específica

A Enfermagem de Saúde Familiar centra-se na prestação de cuidados em colaboração com as famílias, considerando as suas transições ao longo do ciclo de vida e integrando as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural.

O estágio contribuiu de forma significativa para o fortalecer as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que sustentam o exercício profissional avançado e autónomo.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvi uma prática clínica segura, responsável e eticamente sustentada, garantindo o respeito pela dignidade, autonomia e confidencialidade das famílias acompanhadas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No domínio da prestação e gestão de cuidados, mantive uma atuação baseada na evidência científica, otimizando os recursos disponíveis e promovendo um ambiente seguro, colaborativo e centrado nas necessidades das famílias. A utilização do processo de enfermagem, o planeamento de cuidados e a articulação interprofissional reforçaram a continuidade e a qualidade das intervenções.

Por fim, no domínio do desenvolvimento profissional, mantive um compromisso constante com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a valorização da profissão, através da reflexão crítica sobre a prática, da partilha de conhecimento e da participação em atividades de investigação e formação.

Estas dimensões comuns revelaram-se indissociáveis das competências específicas e permitiram consolidar uma prática fundamentada, autónoma e eticamente responsável, em consonância com os princípios orientadores da Enfermagem de Saúde Familiar (Diário da República, 2018).

O estágio realizado numa USF modelo B acreditada permitiu alcançar os objetivos propostos, favorecendo ainda o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Entre os principais objetivos destacaram-se: cuidar da família como unidade de cuidados; prestar cuidados específicos em diferentes fases do ciclo de

vida familiar, abrangendo os níveis de prevenção primária, secundária e terciária; capacitar as famílias através da mobilização de recursos comunitários; identificar precocemente determinantes de saúde familiar; e, em parceria com a família, promover a gestão, manutenção e recuperação da saúde, incentivando a autonomia. Paralelamente, o estágio integrou a realização de um estudo de investigação no contexto da USF.

A estrutura familiar tem sofrido transformações ao longo do tempo, o que acarreta novas necessidades e desafios, exigindo a intervenção do Enfermeiro de Família para apoiar a adaptação e promover o bem-estar. O estágio constituiu uma oportunidade significativa para consolidar competências, implicando a aplicação de conhecimento teórico-científico em contexto clínico real. Nesta perspetiva, a Saúde Familiar é entendida como um estado dinâmico de bem-estar, que integra fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, num processo de interdependência em que a saúde de cada membro influencia e é influenciada pelo funcionamento do sistema familiar (Hanson, 2005).

No âmbito da competência de cuidar da família como unidade, foi promovida a sua capacitação através de uma abordagem integrada, que valorizou simultaneamente a globalidade e a individualidade familiar ao longo do ciclo vital e nas diferentes transições. Desde o início do estágio, foram prestados cuidados a famílias com estruturas, dinâmicas e contextos diversificados, reconhecendo-se a complexidade de cada sistema familiar e adequando as intervenções às suas necessidades específicas e fases de desenvolvimento.

Esta prática foi sustentada por um processo sistemático de recolha e análise de dados sobre saúde e funcionamento familiar, incluindo história, organização estrutural, dinâmicas relacionais, sintomatologia presente e determinantes ambientais. Para tal, recorreram-se a instrumentos validados de avaliação, como o MDAIF, o genograma, o ecomapa, escalas de risco familiar e outras ferramentas específicas (Figueiredo, 2012) Também se identificaram crenças e valores culturais com impacto na saúde e na tomada de decisão, avaliando-se ainda a capacidade da família para lidar com situações de mudança e crise, como o luto. A partir dessa análise detalhada, elaboraram-se planos de cuidados ajustados à realidade de cada família, reforçando a autonomia e mobilizando os seus recursos internos.

Foram igualmente implementadas estratégias de monitorização das respostas familiares a condições de saúde e doença, em especial em situações complexas. Estas estratégias aliaram conhecimento científico, evidência clínica e relação terapêutica, criando um ambiente seguro para a partilha de vivências e a tomada de decisões em conjunto com a família. Para ilustrar

esta abordagem, é apresentado em anexo um estudo de caso desenvolvido em contexto clínico (Apêndice II).

No que respeita à competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção, esta concretizou-se através da articulação com outras unidades (Unidade de Cuidados na Comunidades (UCC) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), assegurando a mobilização de recursos adequados e a referenciação atempada, de acordo com os protocolos da USF e da ULS. Destacaram-se a colaboração com o médico de família e com os serviços de Psicologia e Psiquiatria, fundamentais no apoio às necessidades emocionais e de saúde mental das famílias. Todas as intervenções foram realizadas com o consentimento e a participação da família, respeitando a sua autonomia e promovendo cuidados centrados nas suas necessidades (Apêndice III).

As intervenções específicas no acompanhamento do luto centraram-se na capacitação da família, apoiando-a na reorganização de papéis e rotinas após a perda (por exemplo, no caso de uma mãe viúva na gestão das responsabilidades parentais) e orientando-a para recursos comunitários, como grupos de apoio e serviços de psicologia. Paralelamente, promoveu-se uma visão partilhada da Enfermagem de Saúde Familiar, através da discussão de casos em equipa e da partilha de estratégias de intervenção. O registo sistemático dos diagnósticos de enfermagem relacionados com o luto no SClínico constituiu igualmente uma ferramenta essencial para monitorizar e avaliar as necessidades identificadas.

No âmbito da gestão do sistema de cuidados, participei na planificação e avaliação de programas dirigidos a famílias em processo de luto, fomentando a partilha interprofissional e recorrendo às tecnologias de informação para otimizar resultados. Definiram-se, em equipa, objetivos conjuntos para promover ganhos em saúde, envolvendo todos os profissionais nos processos de planeamento e reflexão.

Com o objetivo de promover uma cultura organizacional de formação e investigação, incentivei a partilha de boas práticas com outros profissionais da comunidade (psicólogos, assistentes sociais, equipas de cuidados continuados). No seguimento do meu projeto de investigação, elaborei um guia de apoio à consulta de enfermagem dirigida ao luto, destinado a facilitar a tomada de decisão dos colegas e a fomentar intervenções fundamentadas e consistentes com a evidência (Apêndice V). Desenvolvi ainda um panfleto informativo para pessoas em processo de luto (Apêndice IV) e publiquei um artigo na newsletter da USF, contribuindo para a literacia em saúde e reforçando o apoio emocional e prático das equipas (Apêndice VI).

Ao longo do estágio, consolidaram-se outras dimensões das competências específicas do Enfermeiro de Família, nomeadamente:

- a monitorização da eficácia dos cuidados e a adaptação dos planos de intervenção;
- a promoção de ambientes seguros para a expressão emocional, sobretudo em situações de perda;
- a partilha de conhecimento e a reflexão contínua sobre a prática, num processo de aprendizagem permanente e de melhoria contínua.

As famílias, bem como os seus membros individualmente, referiram sentir-se mais apoiados e acompanhados ao longo do processo de luto, o que reforça a importância da presença contínua do Enfermeiro de Família. Os colegas também reconheceram a relevância de estarem mais capacitados para orientar adequadamente as famílias nesta fase do ciclo vital, sublinhando o aumento da literacia em saúde e a valorização do suporte prestado (Batista et al., 2018). A continuidade dos cuidados foi garantida pelo planeamento de consultas subsequentes, ajustadas às necessidades de cada família e dos seus membros, assegurando uma abordagem personalizada e em tempo oportuno.

A atuação do Enfermeiro de Saúde Familiar no acompanhamento de famílias em processo de luto foi sempre orientada pelos princípios éticos e deontológicos, assegurando o respeito, a dignidade e a autonomia das pessoas em situação de vulnerabilidade. O exercício ético da profissão implica atuar com empatia, sensibilidade e prudência, respeitando o sofrimento e as crenças de cada família, bem como garantindo a confidencialidade e a privacidade das informações partilhadas (Código Deontológico, 2015).

O percurso formativo possibilitou a consolidação de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Familiar, orientadas pelos princípios da interdisciplinaridade, da continuidade dos cuidados e da responsabilidade partilhada nos processos de saúde-doença. As intervenções realizadas evidenciaram a capacidade de liderança e colaboração na organização, articulação e mobilização de recursos, assegurando respostas adequadas às necessidades das famílias em diferentes fases do ciclo vital e em todos os níveis de prevenção (Figueiredo, 2023).

O estágio em Enfermagem de Saúde Familiar constituiu uma experiência formativa enriquecedora, que possibilitou o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista. A prática clínica demonstrou a relevância de uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados, capaz de integrar dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, valorizando as singularidades e complexidades de cada sistema familiar. Destacaram-se, ainda, a importância da articulação interdisciplinar, da

liderança e da gestão de cuidados, bem como o contributo da investigação para fundamentar intervenções baseadas na evidência.

O percurso realizado evidenciou que o Enfermeiro de Saúde Familiar tem um papel essencial no acompanhamento das famílias em diferentes fases do ciclo vital, em especial em situações de vulnerabilidade, como o luto. A promoção da autonomia, o reforço de recursos internos e comunitários, e a criação de espaços seguros para a expressão emocional revelaram-se fundamentais para gerar ganhos em saúde. Assim, reafirma-se a pertinência da Enfermagem de Saúde Familiar como área de especialização estratégica, capaz de responder aos atuais desafios sociais e de saúde, contribuindo para a qualidade, a continuidade e a humanização dos cuidados no seio do Sistema Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPIRICO

Neste capítulo passamos a apresentar o estudo intitulado: *Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar com Famílias em Processo de Luto*, respetiva problemática, marco teórico, opções metodológicas, apresentação e discussão de resultados, terminando com as conclusões mais significativas.

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na promoção da saúde e no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, reconhecendo que estas atravessam diferentes transições que podem gerar vulnerabilidades e exigir apoio especializado. Entre estas transições, o luto destaca-se pela sua complexidade, pois implica não apenas a perda de um ente querido, mas também a reorganização de papéis, rotinas e significados no seio familiar. Trata-se de um processo natural e adaptativo, mas que pode desencadear intensas repercussões emocionais, sociais e até físicas, sendo essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para intervir de forma sensível, empática e fundamentada.

A recente inclusão do Transtorno de Luto Prolongado (TLP), nas classificações internacionais ICD-11 (OMS) e DSM-5-TR, que descrevem critérios diagnósticos específicos, ainda que com diferenças quanto à duração e à intensidade dos sintomas exigidos, reforça a necessidade de uma triagem precoce e acompanhamento estruturado. A inclusão formal da TLP nestas classificações veio aumentar a sua visibilidade clínica e destacar a relevância de estratégias de deteção e referenciação no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, onde os enfermeiros de família desempenham um papel fundamental (Boelen & Adamkovič, 2024).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (2019) publicou o *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*, que orienta os profissionais para a avaliação de risco sistemática, a aplicação de níveis graduados de intervenção e a referenciação para cuidados especializados em saúde mental sempre que se verificam critérios de TLP ou elevado risco. Este documento representa um marco importante para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, ao reforçar a necessidade de intervenções organizadas, baseadas em evidência e ajustadas à singularidade de cada família.

Do ponto de vista teórico, Stroebe e Schut (2010) propuseram o *Modelo Dual do Luto*, que descreve a oscilação adaptativa entre duas orientações: a da perda (vivência da dor, recordações e despedida) e a da restauração (reorganização de papéis, novas rotinas e objetivos). Esta alternância, que inclui momentos de afastamento da dor como períodos de “folga do luto”,

legítima estratégias de intervenção flexíveis, capazes de promover equilíbrio entre gestão da perda e continuidade da vida.

Na prática da Enfermagem de Saúde Familiar, destacam-se ainda modelos estruturantes como o *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) e o *Calgary Family Intervention Model* (CFIM), amplamente utilizados para guiar a entrevista clínica, a avaliação das forças e do funcionamento familiar e a seleção de intervenções cognitivas, afetivas e comportamentais. Evidências recentes apontam que a aplicação do CFIM no acompanhamento de famílias em processo de luto favorece a comunicação, a partilha de significados e a educação em saúde, produzindo melhorias significativas na vivência do luto (Wright, 2020).

Partindo destas perspectivas teóricas e normativas, bem como da experiência prática em contexto de estágio, constatou-se que o acompanhamento das famílias em processo de luto permanece um desafio na Enfermagem de Saúde Familiar. A escassez de protocolos específicos, a limitação de recursos e a necessidade de formação acrescida dos profissionais tornam ainda mais pertinente o aprofundar desta problemática. Assim, delineou-se a questão de investigação: **“Quais as intervenções dos enfermeiros de família com famílias em processo de luto?”**, procurando compreender e sistematizar as práticas existentes, de modo a contribuir para a melhoria da literacia em saúde, para a satisfação dos cuidados e para a promoção de um acompanhamento mais diferenciado, humano e eficaz.

De seguida, apresentamos o marco teórico do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, apresentamos os conceitos centrais do estudo.

2.1. Perda e o processo de luto

Souza e Pontes (2016) afirmam que o luto, segundo a psicanálise, é um fenómeno multifacetado que apresenta diferentes interpretações. Para Freud (1917), trata-se de uma experiência natural e transitória, que não deve ser confundida com estados patológicos. Nesse sentido, o luto corresponde a um processo psicológico necessário, no qual o indivíduo realiza um trabalho psíquico de desvinculação da libido em relação ao objeto perdido. Esse movimento, possibilita a elaboração da dor emocional e, gradualmente, o reinvestimento afetivo em novos vínculos e interesses.

De forma mais ampla, o luto pode ser compreendido como uma reação natural e singular diante de perdas significativas, não se restringindo apenas à morte, mas também, a outros tipos de

perda. Constitui uma experiência de sofrimento emocional intenso, caracterizada por um processo dinâmico e individual. Ao atravessar o luto, a pessoa não alcança uma resolução definitiva, mas transforma a sua relação com aquilo que foi perdido. Atualmente, a concepção tradicional de “fases do luto” tem sido superada, uma vez que o processo não segue etapas lineares e depende da subjetividade e da singularidade de cada indivíduo.

Enfrentar o luto implica lidar com as emoções desencadeadas pela perda, aceitar gradualmente a realidade da morte e adaptar-se a uma nova vida sem a presença física do ente querido (Bousso, 2011). Essa vivência envolve também a transformação da relação com a pessoa perdida, sem alcançar uma resolução final, mas com a possibilidade de uma aceitação progressiva da ausência.

Determinados fatores podem agravar o processo de luto, como as mortes violentas ou inesperadas, que tendem a intensificar o sofrimento. Estudos clássicos trazem diferentes concepções sobre a experiência de luto. Engel (1961, citado por Ramos 2016) definiu-o como um estado pessoal de intensa angústia, acompanhado de perturbações psicológicas e somáticas. Bowlby (1998, citado por Ramos 2016) destacou-o como a frustração da necessidade de vinculação, rompendo a sensação de segurança. Para Glick, Weiss e Parkes (1974, citado por Ramos, 2016), assim como Wortman e Silver (1987, citado por Ramos, 2016), a intensidade do luto tende a ser maior em perdas de relações primárias, como a de companheiros ou filhos. Já Moore e Fine (1990, citado por Ramos, 2016) salientaram o luto como um processo mental de restabelecimento do equilíbrio emocional, frequentemente acompanhado de dor e retração social. Por sua vez, Shuchter e Zisook (1993, citado por Ramos, 2016) descreveram-no como um fenômeno natural e individual, abrangendo múltiplas dimensões humanas (Ramos, 2016).

2.2. Vivências do processo de Luto ao longo dos tempos

A forma como a humanidade vivencia a morte e o luto sofreu profundas transformações ao longo da história. O artigo de Oliveira et al. (2021) apresenta o significado da morte no Ocidente a partir dos estudos de Philippe Ariès (1965), que analisou a evolução das atitudes perante a morte desde a Idade Média até à atualidade.

Ariès (1975, citado em Oliveira et al., 2021) denominou o período compreendido entre a Idade Média e o século XIX como “morte domada”. Nesse período, a morte era um acontecimento familiar e esperado, ocorrido no leito. Caracterizava-se como uma cerimónia pública organizada pelo próprio moribundo, com a presença de familiares, amigos, vizinhos e até

crianças. Os rituais eram aceites socialmente, sem carácter dramático ou manifestações emocionais excessivas.

A partir da segunda metade do século XIX, a atitude perante a morte alterou-se, originando o conceito de “morte interdita”. Neste novo contexto, evita-se falar sobre a morte, que se torna um tema tabu. A gravidade do estado do moribundo é frequentemente ocultada, não para o poupar, mas para “poupar a sociedade” da perturbação e das emoções intensas associadas à finitude. A morte passa a ser considerada inaceitável numa vida que se deseja feliz e produtiva. Quem vivencia o luto é levado a viver o seu sofrimento de forma invisível, e a dor do luto passa a ser vista como algo repugnante na cultura ocidental. Essa negação da morte contribuiu para a perda dos rituais simbólicos e para o facto de muitas pessoas morrerem sozinhas no hospital, sendo-lhes retirado o direito de saber que estão a morrer e a autonomia de escolher onde falecer (Oliveira et al., 2021).

Com o avanço da psicanálise, Freud (1917, citado por Oliveira et al., 2021) descreveu o luto como um processo psíquico de elaboração da perda, no qual ocorre a libertação gradual do investimento emocional depositado no objeto perdido. Posteriormente, autores como Kübler-Ross (1969, citado por Oliveira et al., 2021) aprofundaram a compreensão do tema, destacando a dificuldade do ser humano em simbolizar a morte, frequentemente negada ou reprimida pelo inconsciente.

Em síntese, a compreensão da morte e do luto modificou-se ao longo do tempo, refletindo mudanças culturais, sociais, religiosas e psíquicas. O morrer, antes como um evento doméstico e coletivo, deslocou-se para o ambiente hospitalar, tornando-se uma experiência solitária, e o luto passou a ser cada vez mais rejeitado pela sociedade contemporânea (Oliveira et al., 2021).

2.3. Morte e morrer na atualidade

O luto constitui um processo subjetivo e singular, condicionado por fatores individuais, sociais, culturais e espirituais. A sua intensidade e duração variam conforme os vínculos estabelecidos, a história de vida e o contexto em que ocorre a perda. Em linhas gerais, envolve fases de choque, negação, dor e reorganização, que, quando reconhecidas e aceites, permitem uma vivência mais saudável e adaptativa da perda (Silva, Brito, & Santos, 2024).

Na contemporaneidade, a morte permanece um evento difícil de aceitar, frequentemente envolto em silêncio e marcado pela ausência de rituais coletivos que, no passado, facilitavam a elaboração da perda. Como observa Meurer (2022), a experiência da morte deixou de ser

comunitária e passou a ser vivida de forma solitária, refletindo o desafio de simbolizar e compreender a finitude (Meurer, 2022).

A perda ou enfraquecimento dos rituais simbólicos ligados ao morrer retirou do indivíduo a possibilidade de se preparar para a própria morte e de permitir que familiares e amigos se despedissem e expressassem seus sentimentos. Essa transformação deu origem ao conceito de "morte interdita", que se caracteriza pela negação social da finitude e pela recusa em encarar o morrer como parte natural da vida. Assim, a morte tornou-se inesperada e indesejável, gerando sentimentos intensos de angústia, tristeza e isolamento (Oliveira et al., 2021).

Nesse contexto, Kübler-Ross (1969, citado por Oliveira et al., 2021) ressalta que muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com a morte, adotando estratégias de evitação. Tal comportamento pode levar à realização de intervenções médicas desnecessárias, que prolongam o sofrimento do paciente e da família, dificultando a aceitação da perda e comprometendo a vivência de um luto mais saudável.

O processo de luto, já doloroso por natureza, torna-se ainda mais complexo em sociedades que valorizam a produtividade e a exposição de conquistas, mas relegam ao silêncio, o sofrimento e a fragilidade. Nesses contextos, a tristeza tende a ser vista de forma negativa, o que contribui para que as pessoas em processo de luto enfrentem a dor de maneira solitária, prolongando e intensificando o sofrimento associado à perda (Oliveira et al., 2021).

A medicalização da morte, somada à evitação do tema pelos profissionais de saúde e pela sociedade, contribui para prolongar o sofrimento do doente e dos familiares. Nesse cenário, torna-se fundamental recuperar práticas de cuidado, acolhimento e expressão emocional, permitindo que o luto seja reconhecido como um processo legítimo, necessário e transformador, capaz de favorecer a reconstrução subjetiva diante da perda.

2.4. Família - conceito e evolução ao longo dos tempos

A família constitui o núcleo social primário, formada por um ou mais indivíduos, unidos por laços de filiação, consanguinidade ou afetividade. Tradicionalmente, era concebida como a união entre mãe, pai e filhos, mas, ao longo da história, o conceito de família sofreu transformações significativas, acompanhando mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas (Oliveira, 2009). Assim, mais do que uma estrutura fixa, a família deve ser entendida como uma instituição dinâmica, em constante processo de adaptação.

Do ponto de vista sistêmico, Minuchin (1985, citado por Oliveira, 2009) descreve a família como um sistema interdependente, cujos membros se influenciam mutuamente,

desempenhando papéis essenciais para a continuidade das relações e a transmissão de valores. Nesse sentido, a família funciona como espaço privilegiado de socialização, formação da identidade e suporte emocional, sendo considerada fundamental para o desenvolvimento humano (Costa & Laport, 2019b; Oliveira, 2009).

As regras sociais, inicialmente mediadas pela família, orientam comportamentos, promovem a ordem e contribuem para a construção da cidadania. Os pais e cuidadores atuam como primeiros mediadores culturais, influenciando diretamente a formação da personalidade e a inserção social da criança. A qualidade dessa mediação depende do grau de envolvimento, da consistência dos vínculos e da capacidade de oferecer suporte afetivo (Costa, 2024; Costa & Laport, 2019).

As transformações sociais, incluindo o avanço dos direitos das mulheres, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e as mudanças nas concepções de gênero e parentalidade, contribuíram para o surgimento de novos arranjos familiares. Hoje, coexistem diferentes modelos, como famílias monoparentais, reconstituídas, homoparentais e extensas, que desafiam visões tradicionais e ampliam a experiência de ser pai, mãe ou cuidador (Marotta Mendez, 2019).

Essas transformações, também se repercutem nas práticas educativas. O tempo reduzido de convivência, especialmente por parte das figuras paternas, pode afetar a qualidade da interação familiar e o desenvolvimento emocional dos filhos (K. A. da Costa & Laport, 2019).

Entretanto, estudos contemporâneos mostram que a diversidade de arranjos familiares não diminui a função socializadora da família, desde que haja vínculos afetivos consistentes e estratégias adequadas de cuidado. (Costa, 2024).

Assim, o papel da família no desenvolvimento humano é amplamente reconhecido pelas teorias sócio-interacionistas e comportamentais, que ressaltam a importância das trocas familiares e sociais no processo de aprendizagem. Embora fatores genéticos exerçam influência, o ambiente familiar e as redes de apoio social são cruciais para o sucesso adaptativo, especialmente em situações de vulnerabilidade (Asensi, 2020; Costa & Laport, 2019).

A capacidade humana de adaptação, mediada pelo convívio familiar e comunitário, possibilita a construção de novos mecanismos de enfrentamento, favorecendo o desenvolvimento emocional, cognitivo e social ao longo da vida (Costa, 2024; Costa & Laport, 2019).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) entende a família como um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução, composto por pessoas que compartilham vínculos emocionais, objetivos comuns e uma história coletiva. O modelo

reconhece a diversidade de arranjos familiares e enfatiza a importância das interações, recursos e competências do grupo familiar, valorizando sua capacidade de adaptação e coevolução (Figueiredo, 2023).

Assim, compreender a evolução da família significa reconhecer sua centralidade como espaço de proteção, socialização e construção de identidades, ao mesmo tempo em que se adapta às transformações da sociedade contemporânea.

2.5. A Vivência Familiar no processo de luto

O luto no contexto familiar constitui uma experiência complexa que envolve alterações profundas na dinâmica e estrutura das relações. A morte de um membro afeta não apenas o indivíduo em processo de luto, mas todo o sistema familiar, exigindo uma reorganização interna para restaurar a funcionalidade e dar continuidade ao ciclo vital (Walsh & McGoldrick, 2013). Sob a perspectiva sistêmica, a família é compreendida como uma unidade interdependente, na qual a perda repercute em todos os seus membros, influenciando a comunicação, os papéis exercidos e os padrões de interação (Walsh & McGoldrick, 2013). Dessa forma, o impacto do luto transcende a dimensão individual, assumindo relevância coletiva e intergeracional.

Famílias com fronteiras claras, papéis definidos e comunicação aberta tendem a apresentar maior capacidade adaptativa diante da morte, conseguindo redefinir objetivos e reconstruir laços (Walsh & McGoldrick, 2013). A flexibilidade no processo de reorganização favorece a partilha da dor, a validação emocional e a coesão, fatores que contribuem para o fortalecimento dos vínculos.

Por outro lado, famílias marcadas por rigidez, padrões de interação disfuncionais ou dificuldade em lidar com emoções podem vivenciar o luto de forma mais conturbada. Nesses contextos, é comum observar negação da realidade, isolamento emocional e perpetuação de tensões, o que pode dificultar a elaboração saudável da perda (Ramos, 2016; Worden, 2018).

De acordo com o modelo das tarefas do luto, elaborado por Worden (2018), a adaptação familiar envolve:

- Aceitar a realidade da perda;
- Processar a dor de forma partilhada e validada;
- Reorganizar papéis e relações dentro do sistema familiar;
- Encontrar um vínculo simbólico com a pessoa falecida, permitindo seguir adiante.

Essas tarefas, quando vividas em contexto de suporte mútuo, ajudam a família a transformar a experiência da perda em oportunidade de crescimento e ressignificação (Yıldırım & Kılıçaslan Çelikkol, 2025).

O luto não resolvido pode gerar disfunções familiares persistentes, perpetuando padrões de comunicação ineficazes, sentimentos de culpa ou negação da morte que se estendem às gerações seguintes (Ramos, 2016). Por outro lado, famílias que conseguem elaborar a perda podem emergir mais coesas, desenvolvendo resiliência familiar, entendida como a capacidade de enfrentar adversidades, reorganizar-se e reconstruir significado (Walsh & McGoldrick, 2013). Nesse sentido, a vivência familiar do luto não deve ser vista apenas como uma crise, mas também como uma oportunidade de reconstrução relacional, emocional e simbólica. A qualidade da comunicação, a abertura ao apoio mútuo e a integração da perda na história familiar constituem fatores decisivos para o bem-estar dos membros e para a continuidade saudável do ciclo vital.

2.6. As intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar no processo de luto

O luto pode ser compreendido como um processo adaptativo e relacional que surge na sequência da perda de um vínculo significativo, exigindo uma reorganização das dinâmicas familiares e uma redefinição dos papéis de cada membro. Tradicionalmente, considera-se que o luto “normal” pode durar até 12 meses em adultos e cerca de 6 meses em crianças, sendo que a persistência dos sintomas para além desses períodos pode indicar um Transtorno do Luto Complexo (Worden, 2018).

Contudo, autores como Michel e Freitas (2019, citado por Oliveira et al., 2021) defendem que o luto não deve ser entendido como um fenómeno com um fim definido, mas como um processo contínuo, em que a dor e a memória da pessoa falecida se manifestam em momentos significativos, como aniversários, datas comemorativas ou recordações partilhadas. Sob uma perspectiva fenomenológica-existencial, o luto é uma experiência única e contínua que permite à família criar novos significados, integrando a ausência de forma simbólica e promovendo a adaptação e a resiliência (Oliveira et al., 2021).

Fatores sociais e contextuais, como vulnerabilidade económica, conflitos familiares ou isolamento social, podem intensificar o sofrimento e tornar o processo de luto mais complexo, exigindo uma atenção global e multidimensional por parte dos profissionais de saúde Aciole & Bergamo (2019, citado por Oliveira et al., 2021).

Na Enfermagem de Saúde Familiar, a família é considerada a unidade de cuidado, e o Enfermeiro Especialista assume um papel central como facilitador do processo de luto, atuando nos domínios emocional, social e relacional (Figueiredo, 2012). As suas intervenções podem incluir:

- Apoio emocional e psicoeducativo, promovendo a expressão de sentimentos, validando as emoções e esclarecendo o processo de luto;
- Promoção da resiliência familiar, através da identificação e mobilização de recursos internos e externos que permitam enfrentar a perda (Walsh & McGoldrick, 2013; Yıldırım & Kılıçaslan Çelikkol, 2025);
- Mediação e reorganização de papéis, ajudando a redefinir responsabilidades e a reconstruir a vida familiar após a perda;
- Apoio nas tarefas do luto, favorecendo a aceitação da morte, a vivência da dor, a adaptação à ausência física, a integração simbólica da pessoa falecida e a construção de novos significados (Andrade, Barbieri & Mishima-Gomes 2017, citado por Oliveira et al., 2021).

O enfermeiro deve ainda considerar as características culturais, religiosas e socioeconómicas da família, adequando as intervenções às suas necessidades e valores. O acompanhamento deve ser individualizado e contínuo, promovendo a autonomia familiar e reconhecendo que cada experiência de luto é única. Entre as estratégias de intervenção recomendadas destacam-se:

- O acompanhamento domiciliário e visitas regulares, avaliando as respostas emocionais, físicas e sociais da família;
- Os grupos de apoio e a terapia familiar, que incentivam a comunicação e o suporte mútuo;
- Planeamento colaborativo de cuidados, recorrendo ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) para identificar forças, fragilidades e necessidades da família (Figueiredo, 2012).

Assim, o processo de luto representa uma transição familiar complexa, na qual o Enfermeiro de Saúde Familiar desempenha um papel essencial como mediador e promotor de resiliência, esperança e adaptação saudável. A intervenção profissional não apenas acolhe a dor emocional, mas fortalece a família enquanto sistema, contribuindo para que a perda seja integrada de forma construtiva e respeitando sempre a singularidade de cada experiência (Bousso, 2011; Walsh & McGoldrick, 2013).

3. METODOLOGIA

A escolha da metodologia a aplicar num estudo de investigação reveste-se de particular importância, uma vez que orienta o processo de investigação e define os métodos e técnicas que estruturam o desenvolvimento científico (Fortin, 2009).

Nesse contexto, esta secção do trabalho descreve o processo metodológico adotado para responder à questão de investigação. Serão apresentados o tipo de estudo, a problemática, os participantes, as considerações éticas, o procedimento de recolha de dados e o tipo de análise de dados realizada.

3.1. Questões de Investigação, Finalidade e objetivos

A perda de um ente querido é uma experiência universal, mas frequentemente envolta em silêncio e evitada devido a sentimentos de medo, desconforto ou à insuficiente preparação dos profissionais de saúde para lidar com esta vivência. Este contexto evidencia a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas dos enfermeiros de saúde familiar no apoio prestado às famílias em processo de luto.

Estudos recentes destacam a relevância da intervenção dos enfermeiros no acompanhamento das famílias em luto. Por exemplo, uma pesquisa publicada em 2021 revelou que enfermeiros de unidades de cuidados intensivos que ofereceram suporte de luto liderado por enfermeiros responderam às necessidades das famílias em luto, proporcionando apoio emocional valioso, além de restabelecer uma relação saudável entre as famílias e os cuidadores, prejudicada pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19 (Stroebe & Schut, 2021).

Além disso, uma revisão bibliográfica realizada em 2021 sintetizou as evidências disponíveis sobre as intervenções realizadas por enfermeiros de cuidados primários, destacando a importância de uma abordagem individualizada para o apoio no luto, que considere as necessidades emocionais e práticas das famílias (Pearce et al., 2021). Também a nossa prática profissional em contexto de cuidados de saúde primários nos tem confrontado com a necessidade de apoiar o processo de luto.

Neste contexto, surgiu a questão de investigação: *Quais as intervenções dos enfermeiros de família com famílias em processo de luto?* com o objetivo de conhecer as intervenções dos enfermeiros de família com famílias em processo de luto. A finalidade do estudo foi contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais adequadas e sensíveis às necessidades das famílias, bem como melhorar a prática profissional.

Para fundamentar teoricamente o estudo e definir os seus objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica destinada a identificar e sistematizar o conhecimento científico disponível sobre a temática. Essa revisão permitiu delinear o enquadramento teórico e sustentar a relevância da investigação.

A partir da questão central, foram formuladas as seguintes questões de investigação específicas, que nortearam o desenvolvimento do estudo:

- Que intervenções são realizadas pelos enfermeiros de família junto das famílias em situação de luto?
- Que vantagens são percebidas pelos enfermeiros de família no apoio ao familiar em luto?
- Que desafios enfrentam os enfermeiros de família no acompanhamento do processo de luto?
- Que estratégias de coping são mobilizadas pelos enfermeiros de família para lidar com o familiar em luto?
- Que necessidades identificam os enfermeiros de família no apoio ao familiar em luto?

Assim, a pertinência deste estudo sucede pela escassez de investigação centrada nas intervenções dos enfermeiros de família junto de famílias em processo de luto, especialmente no contexto das Unidades de Saúde Familiar (USF). Neste sentido, a presente investigação teve como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as intervenções dos enfermeiros de saúde familiar, para uma melhor adaptação dos cuidados às necessidades das famílias em situação de luto. Pretende-se, assim, contribuir para uma orientação mais fundamentada e eficaz da atuação dos enfermeiros de saúde familiar, considerando o funcionamento familiar e as necessidades emergentes neste processo de transição.

3.2. Tipo de estudo

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, de carácter descritivo e exploratório, com o objetivo de descrever a perspetiva dos enfermeiros de família relativamente às intervenções desenvolvidas junto das famílias em situação de luto. Esta escolha metodológica é apoiada pela necessidade de explorar fenómenos complexos e subjetivos, como as experiências, percepções e práticas dos profissionais, que muitas vezes não são captadas por métodos quantitativos tradicionais (Creswell, 2018).

A abordagem descritiva e exploratória justifica-se pela escassez de estudos que investiguem as práticas de enfermagem no contexto do luto familiar, especialmente nas Unidades de Saúde Familiar em Portugal. A literatura existente indica que, embora os enfermeiros desempenhem um papel crucial no apoio às famílias em luto, as intervenções ainda são pouco sistematizadas e frequentemente baseadas na experiência individual dos profissionais (Pearce et al., 2021).

A escassa sensibilidade no diagnóstico e o estigma associado à necessidade de apoio no luto contribuem para a subutilização dos cuidados especializados. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2019), cerca de 43% das pessoas que preenchem os critérios de Perturbação de Luto Prolongado (PLP) têm acesso a apoio especializado, evidenciando a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para identificar e intervir adequadamente neste contexto.

Além disso, estudos como o de (Petursdottir et al., 2020) destacam que as intervenções dos enfermeiros, como conversas terapêuticas relacionadas com o processo de luto, são fundamentais para proporcionar suporte emocional e prático às famílias. Essas ações demonstram o compromisso dos enfermeiros com o bem-estar das famílias em luto, refletindo uma prática de cuidado humanizado e centrado na pessoa.

Este estudo contribuirá para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidência, promovendo a formação e sensibilização dos enfermeiros e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias em luto nas Unidades de Saúde Familiar.

3.3. População e amostra

A população-alvo deste estudo foi constituída por sete enfermeiros em exercício na Unidade de Saúde Familiar (USF) que consentiram participar voluntariamente na investigação e que estavam disponíveis durante o período de recolha de dados. Para efeitos deste estudo, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem em funções na USF e fornecer consentimento informado e livre para participação (Apêndice VIII). Por outro lado, foram definidos como critérios de exclusão os enfermeiros que se encontravam de licença ou afastados durante o período de recolha de dados, bem como, aqueles que não aceitaram participar ou que decidiram desistir ao longo do estudo.

A amostra adotada foi do tipo não probabilístico, por conveniência, atendendo a que esta estratégia se revela adequada para estudos qualitativos, nos quais se privilegia a profundidade da informação em detrimento da representatividade estatística. Este tipo de amostragem permite a seleção de participantes com características específicas e experiências relevantes para o

fenómeno em estudo, favorecendo a obtenção de dados ricos e aprofundados (Reis, 2022). No contexto da enfermagem familiar, a inclusão de profissionais com experiência no acompanhamento de famílias ao longo do ciclo vital possibilita a compreensão detalhada das práticas, percepções e desafios enfrentados, contribuindo para a robustez e pertinência das conclusões da investigação. Aplicados os critérios de inclusão, sete enfermeiros da USF reuniram as condições para integrar o estudo.

3.4. Instrumento, estratégia e procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados deste estudo foi realizada recorrendo a entrevistas semiestruturadas (Apêndice I), uma técnica amplamente reconhecida em investigações qualitativas, especialmente na área da enfermagem, pela sua capacidade de explorar, em profundidade, as percepções e experiências dos participantes (Creswell, 2018; Reis, 2022). Esta abordagem, permite ao investigador obter informações detalhadas e contextualizadas, alinhadas com os objetivos do estudo, mantendo simultaneamente flexibilidade para explorar temas emergentes durante a entrevista (Mashuri, 2022).

O recurso à entrevista semiestruturada mostra-se relevante neste estudo pois respeita a singularidade dos participantes, permitindo o acesso às suas representações, valores e significados atribuídos ao fenómeno em questão (DeJonckheere & Vaughn, 2019).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas em ambientes reservados e tranquilos, garantindo conforto, privacidade e confidencialidade dos dados (Allmark et al., 2009; Gerson, 2020). O guião de entrevista foi elaborado com base nos objetivos do estudo, permitindo, a exploração de aspetos emergentes considerados pertinentes durante o processo (Creswell, 2018).

Em conformidade com as recomendações de (Yadav, 2022), a investigação qualitativa em enfermagem deve ser conduzida com rigor metodológico, considerando aspetos éticos, epistemológicos e contextuais, a fim de gerar conhecimentos significativos que contribuam para a compreensão dos fenómenos de cuidado e saúde (Apêndice I).

As entrevistas tiveram uma duração média de aproximadamente 30 a 45 minutos, foram gravadas em áudio, mediante consentimento prévio dos participantes. Posteriormente, as gravações foram transcritas e integralmente analisadas de forma anónima, garantindo a confidencialidade e o respeito pelos princípios éticos da investigação em Enfermagem.

3.5. Procedimentos Éticos

A dimensão ética foi rigorosamente considerada em todas as etapas do estudo. Antes da recolha de dados, os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos, da finalidade e dos procedimentos da investigação, sendo-lhes garantida a liberdade de decisão quanto à sua participação. O consentimento informado foi obtido de forma livre e esclarecida, assegurando o direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A confidencialidade dos dados foi rigorosamente garantida, assegurando-se o anonimato dos enfermeiros tanto na recolha quanto na análise e apresentação dos resultados. Toda a informação obtida foi utilizada exclusivamente para fins de investigação científica, em conformidade com os princípios deontológicos e éticos que regem a prática profissional de enfermagem.

3.6. Apresentação dos resultados

A interpretação dos dados foi orientada pela problemática do estudo e procurou descrever a perspetiva dos enfermeiros de saúde familiar relativamente às intervenções desenvolvidas junto das famílias em situação de luto.

De seguida, são apresentados os resultados obtidos, considerando a caracterização sociodemográfica dos participantes e a análise qualitativa, sendo os principais resultados organizados pelas áreas temáticas definidas.

3.6.1. Caracterização dos participantes

Participaram seis enfermeiros que se encontravam na faixa etária dos 40-50 anos e um na faixa etária dos 50-60 anos. Quatro enfermeiros apresentavam mais de 20 anos de experiência profissional, maioritariamente em contexto de cuidados de saúde primários, com exceção de um que iniciou a sua carreira em clínica privada e outro no Instituto Português de Oncologia (IPO). Os restantes três enfermeiros tinham entre 10 e 20 anos de exercício profissional.

No que se refere à formação académica, um participante possuía mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, dois detinham a especialidade em Enfermagem de Reabilitação, um possuía Master em Gestão de Serviços de Saúde e, adicionalmente, alguns participantes tinham Pós-Graduações em Estomatologia, Intervenção Avançada em Feridas e em Geriatria e Gerontologia (Quadro1).

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de família participantes.

Variáveis	Categorias	n
Faixa etária (anos)	40–50	6
	50–60	1
Tempo de exercício profissional (anos)	10–20	3
	>20	4
Contexto de experiência profissional	Cuidados de Saúde Primários	5
	Clínica Privada	1
	Instituto Português de Oncologia (IPO)	1
Formação académica e profissional	Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar	1
	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	2
	Master em Gestão de Serviços de Saúde	1
	Pós-Graduações (Estomatoterapia; Intervenção Avançada em Feridas; Geriatria e Gerontologia)	3

Nota: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros de família participantes.

3.6.2. Dando voz aos Enfermeiros

A análise dos dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin 2016, considerada adequada para investigações qualitativas por possibilitar uma interpretação sistemática e rigorosa das informações verbais recolhidas. Essa abordagem permite identificar categorias temáticas e padrões recorrentes nas narrativas dos participantes, favorecendo uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo (Bardin, 2016).

As entrevistas foram transcritas na íntegra, assegurando a fidelidade ao discurso dos participantes, e organizadas segundo os eixos analíticos definidos a partir dos objetivos da investigação. A codificação do conteúdo possibilitou agrupar as informações em categorias emergentes, incluindo: intervenções realizadas pelos enfermeiros de família junto de famílias em luto; vantagens percebidas no apoio a familiares em processo de luto; desafios enfrentados nesse contexto; estratégias de coping; necessidades sentidas; e sugestões para lidar com a vivência do luto no exercício profissional (Tabela 1).

Tabela 1 - Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de análise

(A) Intervenções realizadas pelos enfermeiros de família às famílias em situação de luto	
1.	Oferecer suporte
1.1.	Favorecer a expressão de sentimentos e emoções (E1, E2, E3, E6)
1.2.	Proporcionar informação (E1)
1.3.	Escutar (E3, E4, E6, E7)
2.	Oferecer conforto (E3, E5)
3.	Esclarecer dúvidas antes da morte do familiar (E4)
4.	Facilitar a adaptação à perda (E4)
(B) Vantagens identificadas pelos enfermeiros no apoio ao familiar em luto	
1.	Facilita a identificação de preditores de risco de luto complicado (E1, E7)
2.	Favorece o estabelecimento de uma relação de confiança (E2)
3.	Facilita a decisão (E4, E6)
4.	Promove a aceitação (E5, E6)
(C) Desafios enfrentados pelo enfermeiro de saúde familiar no apoio ao familiar em luto	
1.	Rever valores pessoais (E6)
2.	Saber enfrentar a degradação do estado de saúde (E4)
3.	Criar momentos de partilha (E3)
4.	Enfrentar a dimensão emocional (E1, E3, E6)
5.	Saber enfrentar a negação do familiar (E5)
6.	Desenvolver os conhecimentos técnicos e científicos (E7)
(D) Estratégias de coping mobilizadas pelos enfermeiros de família para lidar com familiar em luto	
1.	Reflexão sobre as experiências pessoais vividas (E1)
2.	Colocar-se no lugar do outro (E1)
3.	Recurso às crenças (E2)
4.	Recurso à reflexão (E3)
5.	Recurso ao exercício físico (E3)
6.	Prevenção de burnout (E4, E5, E6)
7.	Manter a qualidade de cuidados (E7)
(E) Necessidades do enfermeiro de saúde familiar para lidar com o familiar em luto	
1.	Formação (E1, E2, E3, E5, E7)
2.	Apoio de Psicólogo (E1)
3.	Manuais sobre a intervenção no luto (E4)
4.	Momentos de partilha de experiências reais (E)

(F) Sugestões dos enfermeiros de família
1. Formação
1.1. Baseada em casos clínicos (E1, E7)
1.2. Área da psicologia (E1, E2)
1.3. Na área da comunicação(E1)
2. Articulação com os cuidados paliativos (E3)
3. Guia de consulta no luto (E5)
4. Realizar pesquisas na área do luto (E6)
5. Apoio psicológico (E7)
<i>Nota:</i> Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de análise

Após a apresentação das áreas temáticas, seguem-se os resultados, organizados de acordo com as diferentes categorias e subcategorias definidas, ilustrados com excertos das narrativas utilizadas como unidades de análise. O conjunto completo das unidades de análise pode ser consultado no Apêndice 7.

3.6.2.1. INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA

As intervenções descritas centram-se sobretudo na dimensão relacional e emocional dos cuidados. A categoria mais expressiva foi *"oferecer suporte"*, onde se destaca a subcategoria *"favorecer a expressão de sentimentos e emoções"*. Quatro enfermeiros demonstram preocupação em compreender como os familiares vivenciam o luto, dando espaço à partilha emocional:

- “(...) perceber como é que as pessoas estão a gerir (...) quais são as expectativas que têm, os sentimentos (...)” E1
- “(...) Estou-me a lembrar assim de algumas intervenções, tipo do escutar, da expressão de emoções... (...)” E2
- “(...) Expressarem o que é que sentem, não é? (...)” E3

“(...) perceber o que sente e de que forma é que nós podemos ajudar (...)” E6 Esta abordagem empática reforça a importância de *“escutar”* (subcategoria) como ferramenta terapêutica, referida como a intervenção mais valorizada por 4 enfermeiros:

- “(...) Tentei sempre ter uma escuta ativa de deixar a pessoa falar, não é? (...)” E3
- “(...) a intervenção que talvez considere mais importante é escutar (...)” E4
- “(...) é escuta, escutar e...” E6
- “(...) O escutar, apoiar... e pouco mais...” E7

Paralelamente, é identificada a subcategoria “Proporciona informação”:

- “(...) quando sabemos que há um luto e os utentes quando vêm cá, eu tento sempre abordar essa temática e perceber como é que as pessoas estão (...)” E1,

A subcategoria “*esclarecer dúvidas antes da morte do familiar*”, principalmente em contexto domiciliário:

- “(...) Quando há aquela situação de debilidade do utente da doença e dúvidas que lhes começam a surgir, que eles recorrem para esclarecer e para tentar perceber o que é que aquilo acontece tanto a nível domiciliário como a nível de internamento. Já tive utentes que... O filho .. e assim , que tinham familiares internados e que vinha aqui perguntar, é normal estar a acontecer...” E4

Também é identificada a categoria “oferecer conforto”:

- “(...) é consolo, não é? Não é não, às vezes não é estar a fazer uma grande intervenção, às vezes é dar consolo que é que eles querem (...)” E3
- “(...) o apoio, o apoio emocional ao utente e o ele saber que pode contar connosco... e que é...” E5.

A categoria para a “*facilitar a adaptação à perda*”, referida por 1 enfermeiro:

- “(...) se houver alguma coisa, algum ponto que a gente pode ajudar a dizer que aquilo foi positivo ou que pode ver aquilo numa perspetiva positiva, tentar orientar a pessoa para esse ...é acho que é a nossa intervenção... nossa (...)” E4,

Surge como uma tentativa de ajudar os familiares a reestruturar o significado da experiência vivida.

3.6.2.2. VANTAGENS IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NO APOIO AO FAMILIAR EM LUTO

Os enfermeiros reconhecem diversas vantagens nas intervenções realizadas, com impacto tanto nos familiares como no processo terapêutico. Uma das categorias identificadas é a possibilidade de “*facilita a identificação preditores de risco para luto complicado*”:

- “(...) numa visita numa consulta posterior. Voltamos a fazer, volto a fazer o mesmo e consigo perceber se a pessoa está a lidar melhor ou não com o luto, não é? E depois, se

achar que é necessário também fazer não a referenciação, mas aconselhar. Isto é uma, pessoa que tem algumas condições económicas atendendo aos recursos que nós temos e se vejo que está mesmo numa fase muito primária, tento aconselhar nesse sentido. Quem não consegue, tentamos fazer a referenciação (...) “E1

- “(...) é assim acompanhado que são poucas, como do luto patológico ou se calhar, não diria até luto patológico, mas com luto mais demorado, que leva mais tempo a resolver...” E7, permitindo uma atuação precoce e, quando necessário, a referenciação para apoio psicológico.

Outra categoria identificada é o *“favorece o estabelecimento de uma relação de confiança”* com os familiares, especialmente em cuidados domiciliários regulares:

- “(...) às vezes, só o simplesmente o ir, o estarmos um pouco com eles e dar-nos a possibilidade, que eles sabem onde é que nós estamos, para se precisarem de algum apoio, eles depois vêm cá diretamente. Não será uma questão de eficácia, mas de conforto, do sentir que tenho ali algo que a pessoa se pode segurar, para ter alguma ajuda nesta fase. Quando é uma questão continuada, falo isto mais a nível domiciliário, eles sabem que nós estamos ali e que vamos 2 vezes por semana... Sabem quem somos e que estamos ali para o que for preciso (...)” E2.

Esta relação possibilita uma maior abertura emocional e contribui para o conforto das famílias em luto.

A categoria “facilita a decisão” e “promove a aceitação”:

- “(...) Eu perguntei-lhe: a tua avó soube, chegaste a conseguir dizer à tua avó que estavas grávida? Ela disse que sim. Ela se partiu, partiu tranquila. Se calhar tu deves ter-lhe dado a tranquilidade que ela precisava para partir... e isto foi-se... e agora já fala da gravidez, como uma coisa positiva. Já acho que conseguiu interiorizar uma coisa que foi logo negativo, não é? Foi um processo muito doloroso, mas consegui ver ali alguma coisa positiva que lhe desse um modo para conseguir seguir nesta esta fase...” E4
- (...) uma ideia do feedback que as pessoas dão, não é? Do quanto foi importante uma conversa, do qual foi importante... até darmos... assim abrímos alguns caminhos, algumas alternativas que possam fazer sentido para aquela pessoa, mas é só percecionada, não é? Eu com acho que foi um bom trabalho, mas é o que eu acho, mas... E6.

3.6.2.3 DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS NO APOIO AO LUTO

O apoio ao familiar em luto apresenta desafios significativos para os enfermeiros. Foi identificada a categoria “*rever valores pessoais*”:

- “(...) Acho que pronto é um tema cada vez mais falado, mas muitas vezes acho que aplicamos também um bocadinho pelo aquilo que nós já vivenciamos, não é? Algumas estratégias (...)”
- “(...) uma experiência muito marcante para mim, ou seja, eu acho que a nossa experiência pessoal, no caso do luto, pode ajudar quando estamos a entrevir junto de famílias (...)” E6

Esta identificação pode ser um recurso terapêutico, mas também fonte de desgaste emocional.

A categoria “*saber enfrentar a degradação do estado de saúde*” do utente:

- “(...) Há e há aqueles utentes que nós os vimos aí sentados a rir... a conversar, contar histórias... E depois vemos o processo de debilidade... a não conseguir vir... vir de cadeira de rodas, vemos passar para o estado depressivo, e tentar ver se conseguimos levantar aquele humor... E depois, às vezes levanta outras não... depois vai chega à fase de acamado... Depois estamos ali e acaba por ser um sofrimento prestar ali cuidados, não é? Ver às vezes... ver o estado que a pessoa chega... tendo noção da interação que já tivemos, não é? Eu tive isso... tive um caso relativamente recente. Já vai há uns mesitos, não é? Mas que me marcou muito e que me custava até fazer o domicílio porque... Às vezes eu notava que falava e que ele me reconhecia, que ele sabia quem era, outras vezes não (...)” E4.

É descrito como emocionalmente exigente, sobretudo quando existe um vínculo afetivo.

Na categoria “*criar de momentos de partilha*” e “*enfrentar a dimensão emocional*” (gestão das emoções) revelam-se complexas, exigindo controlo e autorregulação:

- “(...) é importante também temos as 2 partes e uma parte mais pior e outra melhor. É porque acho que eles também se calhar... Depois já foi essa família, não aceitam muito a morte a Senhora e não foi fácil gerir aquilo, porque eu disse, eu tentei fazer. O melhor mas se calhar eu acho que foi quase uma primeira experiência que me marcou mais a... sim já foi aqui na na... na unidade e...e que marcou mais e é aquela e... e que se calhar acharam poderíamos fazer mais, mas há coisas que não é fácil isso, essas sensações pronto.... Ah ah ah, e tal enquanto tive outra Senhora que a família ajudou, por exemplo,

só para dar este pormenor, por exemplo, a nível, ao viu-se que que não é fácil ajudar a família a que a Senhora não queria, não queria. Estava a deixar de viver pronto, Senhora de 95 anos ia... E na hora, não vamos entuba-la porque não vamos pôr em sofrimento e ela acabou por falecer em descaso e, pá, mas não é fácil. Também é e eles também com as famílias.... porque acho que aquela família também tem ensina muito a gente também” E3

- “(...) que é importante é o nosso próprio conhecimento do luto e a nossa própria gestão emocional (...)” E1
- “(...) temos contactos e às vezes é também a num demonstrar certas emoções, não é tentar, não podemos estar a também aa quase a chorar com a pessoa...claro que sentir e é normal e...e... Mas tentar tirar a parte boa do que a pessoa era do isto é e tal para também não, não, não as minhas emoções não, não surgirem... Porque eu também a nível profissional e pessoal também... não normalmente a pena nível do luto. Não consigo gerir a nível de demonstrar pronto, fico muito para dentro muito consigo e tal, mas tento por isso é que comecei isso de mim. Se tento ...não é... com os utentes (...)” E3,
- “Eu considero que eu tenho alguma facilidade em controlar emoções. Acho que sim, que não, não me deixo... Não é balar, mas não, não me envolvo ao ponto de ser patológico para mim, pronto (...)” E6.

Uma vez que os enfermeiros não podem demonstrar sofrimento durante o exercício das suas funções.

A categoria “*Saber enfrentar a negação do familiar*”:

- É desafiador, mas às vezes sinto-me um bocado impotente não conseguir... que a pessoa ... se sinta melhor, mesmo depois de falar com alguns utentes, estão sempre e durante vários meses na fase da negação. O não aceitar (...) E5

É referida como particularmente desafiadora, provocando sentimentos de impotência nos enfermeiros. Por fim, a categoria “*desenvolver os conhecimentos técnicos e científicos*” específicos em luto:

- (...) O luto é muito complexo, não é? E nós não temos grande formação em luto. Tivemos enquanto unidade tivemos uma formação o ano passado, no fim do ano passado. Uma formação sobre o luto que foi muito positiva e que foi-nos dada por uma

colega psicóloga que integra a equipa dos cuidados paliativos que nos veio falar... Pronto em termos gerais assim e muito, muito sintéticos, né? Porque é um tempo reduzido do luto normal e do luto patológico e aquilo e as intervenções que nós poderíamos fazer e a partir de quando é que deveríamos intervir num luto pronto... Portanto, eu não tenho assim um grande conhecimento sobre o luto, a não ser que vá ler, a não ser que vá fazer alguma formação específica, não é? Não faz parte do nosso curso base (...) E7.

3.6.2.4 ESTRATÉGIAS DE COPING MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS

Os enfermeiros recorrem a diferentes estratégias de coping para lidar com a carga emocional das suas funções. A categoria “*reflexão sobre experiências pessoais vividas*”:

- “(...) As tuas próprias vivências que te ajudam a superar. E fazes a tua gestão com aquilo que já vivenciaste com algum sofrimento que já passaste. Que também te ajuda um bocadinho a perceber-te (...)”,

Na categoria “*colocar-se no lugar do outro*”:

- “(...) A colocar-te no lugar do outro. Eu costumo dizer, só sabe quem passa por elas. E é aí que eu tenho conseguido (...)” E1

E a categoria “*recurso às crenças*”:

- “(...) Rezava todos os dias, ao pai, para me dar força para me ajudar. Rezava por ela também, porque ela também era... sou católica e ela também era (...)” E2,

São mecanismos internos que facilitam a empatia e o distanciamento emocional equilibrado.

A categoria “*recurso à reflexão*”:

- “Vivemos as. Coisas. Nós somos... possamos aqui, somos seres humanos e... e não somos assim diferentes dos outros, não por ser profissionais, não somos é e às vezes é. É importante isso tentar pronto, fizemos melhor, por isso vamos ter tempos, costuma dizer na consciência limpa, não é ...” E3

E a categoria “recurso ao exercício físico”:

- “tento o exercício físico pronto também tento. Tento um bocado também de relaxamento, tento também manter mais tranquilo certas coisas, pá e tentar um bocadinho às vezes também separar as coisas (...)” E3,

São também mencionadas como formas de manutenção do bem-estar.

Na categoria “*prevenção do burnout*”:

- “Eu estabeleci um critério comigo, eu já tive situações com utentes que faleceram que eu tive conhecimento e que eu até gostava de ter ido ao funeral, pelas pessoas que foram. não vou não é por não haver respeito, não é isso. Eu Não posso diferenciar assim os utentes. Eu sou enfermeira de família, de todos os utentes. Posso ter uma relação mais próxima com uns do que com outros por diversos motivos. Mas Eu Não posso dizer que vou ao funeral de uns e que não vou a outros Isto também me ajuda a proteger, claro (...)” E4
- “(...) é difícil como passei por isso, às vezes parece que estou a viver o momento deles, mas tento me abstrair... e apoiá-los e... e dar força e pensar que não é só aquela pessoa. Não são só a eles que estão a passar por isso. Claro que cada um é cada um, mas tento abstrair-me também da minha experiência (...)” E5
- “(...) eu consigo distinguir profissional, pessoal... Depende da personalidade acho. Sim, sim, deixo-me emocionar, mas não me deixo afetar. Ou seja, estou(...)” E6

Surge como uma preocupação central, levando à definição de limites (ex. não comparecer a funerais) e à separação entre as esferas pessoal e profissional. Ainda assim, na categoria “*manter a qualidade dos cuidados*” enfermeiros esforçam-se por os manter:

- (...) Encaminhei sempre para onde era necessário, disponibilizei nessa data até disponibilizei o meu número de serviço, que também estava disponível 24 horas para os utentes ... ninguém me telefonou de noite, mas sempre que foi necessário e precisavam de mim... dispus do meu tempo. Nestas 2 situações específicas eu disponho do meu tempo para ajudar, porque achei que era necessário. Era necessário, pronto nesse sentido, pronto. Nesse sentido superei aí não é, não tenho nenhum, não tenho nenhuma assim, nenhum trauma, nenhuma dificuldade em falar sobre isso (...) E7.

3.6.2.5 NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS PARA LIDAR COM O LUTO

Foi identificada a categoria “*formação*” com foco na comunicação com famílias, gestão emocional, sinais de luto complicado e estratégias de intervenção:

- “Formação para uma consulta estruturada para lidar para as famílias (...)” E1
- “(...) Temos que apoiar as famílias em todo o ciclo vital e é aí que eu quero chegar, se calhar nem toda a gente tem o à-vontade para estar a lidar com. Se tivesse formação talvez tivesse mais à-vontade para lidar com estas situações (...)” E2
- “(...), tem que ser feito formação e a ainda este ano fizemos aqui com a. Com uma psicóloga da parte dos paliativos para para para ter sobre coisas agora e sempre alguma coisa mais, quantas mais ferramentas... foi a nossa psicóloga... pronto e foi com e às vezes a ela até nos indica, por exemplo, filmes e outras coisas para ler...” E3
- “(...) Mais formação nesta área. A comunicação com o utente, como devemos comunicar com ele (...)” E5
- “(...) Teríamos que ter nós, enfermeiros ter formação específica nessa área ou então ter alguém para encaminhar para.... para ajudar que também não temos nem os serviços de psicologia cá estão...” E7.

Os profissionais consideram que a falta de formação afeta negativamente a sua confiança e eficácia.

Além disso, na categoria do “*apoio psicológico*”:

- “(...) E aí tive uma ajuda, uma psicóloga. Não é, que me orientou e na altura da despedida, a pessoa disse que ia morrer. Eu aí já não disse, não vais morrer, pois tentei perceber o que é que queria que fosse feito e ouvir o que me queria dizer antes de isso acontecer. Sim, mas, portanto, eu própria já era profissional de saúde. Tive que ter. Alguém a orientar, não é? ter alguém que me orientasse um bocadinho nesse sentido e as pessoas não aceitam, mesmo sabendo que aquilo está para acontecer” E1
- “No fundo nós sentimos. Até mesmo o próprio doente. Eu acho que sim. Nós não conseguimos lidar e tentarmos sempre tapar o sol com a peneira quando as coisas vão para acontecer e eu acho que não estamos... Nós estamos, não se fala mesmo em termos familiares, não se fala de luto. Mesmo com as crianças, foge-se muito da dessa temática, tenta-se sempre fugir. Não se falam dessa possibilidade (...)” E1.

A categoria “*manuals sobre a intervenção no luto*”:

- “O recurso a um manual que orientasse na prática seria muito bom porque ajudava a orientar-nos..., tudo aquilo que eu, que eu que eu falei é um bocadinho empírico (...)” E4.

A categoria de “*momentos de partilha de experiências reais*” entre profissionais:

- “(...) Eu acho que numa fase inicial poderíamos ter... partilhar experiências, ou seja, quando falo de informação onde formação teórica é sempre importante e pode acrescentar alguma coisa. Mas se calhar. Pegar em colegas de diferentes unidades, não é? E perante determinada situação, se há estudos de caso, imaginemos...O que é que se fez perante aquela família? O que é que o outro faria diferente, quase como um debater de ideias para se chegar a uma se calhar, ...vamos chegar à mesma conclusão, não é? Se calhar. Vamos chegar à conclusão que o importante é escutar, ouvir e... a forma de comunicar...” E6.

Estes últimos são considerados relevantes para promover a aprendizagem entre pares e a reflexão sobre práticas alternativas.

3.6.2.6. SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS PARA MELHORAR O APOIO AO LUTO

Surge a categoria “*formação*” onde se identificaram três subcategorias: “*Baseada em casos clínicos*”, “*área da psicologia*” e a “*área da comunicação*”.

A “*Baseada em casos clínicos*” obteve-se a partir de 2 relatos dos participantes:

- “(...) Acho que era importante termos algumas definições, de algumas estratégias de como atuar perante a família. Às vezes, o tipo de abordagem para conseguirmos também manter um certo distanciamento (...) A formação nesse sentido, não só à parte teórica. Porque isso nós pesquisamos e conseguimos obter essa informação (...)” E1
- “(...) Pronto acho que também formação nesta área também seria pronto. Seria ideal, sem dúvida...para ajudar e articular com outras profissionais (...)”

A “*área da psicologia* e da “*comunicação*”:

- “(...), seria formação mais na área da psicologia (...)” E1
- “Formação na nesta área da psicologia é uma área da psicologia (...)” E2
- “(...) na área da comunicação. Porque a comunicação é muito importante, não?” E1.

Na categoria “*articulação com equipas de cuidados paliativos*”:

- “(...) eu também tenho colegas do meu curso que estão nos paliativos e tento também muitas vezes falar com eles e às vezes encontra aqui no no edifício e tenta olha isto aqui

agora fizemos isto e eles também não é. E agora também temos equipa tanto a nível de cuidados de saúde primários e hospitalar. Depois é que às vezes também, pois dão suporte e às vezes tentar com essas equipas às vezes (...)" E3.

Adicionalmente, na categoria “*guias de consulta no luto*” e na “*realizar pesquisa na área do luto*”:

- “(...) Um guia de consulta seria muito importante. Nós é assim, nós muitas vezes vamos falar diretamente com a psicóloga. Conseguimos agilizar de uma forma mais rápida...” E5
- “(...) Não se calhar... fazer trabalhos nesta área pode ajuda-nos a... a pensar também na nossa prática, não é? O facto de teres feito isto faz com que nós também... fiquemos mais alerta para a importância de... trabalharmos o luto e termos cá mais disponibilidade para as famílias e mostrar essa disponibilidade às famílias... para o que precisar e é sempre bom, não é (...)" E6,

Contribuem para a melhoria das práticas e para o desenvolvimento de recursos.

Na categoria “*apoio psicológico*” com formação específica em luto nos serviços:

- “(...) Acho que poderíamos e deveríamos ter um apoio psicológico aqui ou nos serviços, de um psicólogo que tivesse mais direcionado para luto, sem ser agora colega, os colegas que trabalham nos paliativos para se nós precisássemos para nos ajudarem em consulta ou em até em domicílio para nos ajudarem a lidar com estratégias e, portanto, nós fazermos o elo de ligação, porque conhecemos as famílias, não é? E depois, em conjunto com um psicólogo, haver também... as estratégias método para lidar com essas situações (...)" E7,

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros de família permitiu identificar seis áreas temáticas centrais que traduzem o modo como estes profissionais intervêm junto de famílias em processo de luto, bem como os desafios e necessidades sentidas nesse contexto de cuidado. A discussão que se segue procura interpretar estes resultados à luz da evidência científica e do quadro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Diário da República, 2018), com o propósito de compreender de que modo as práticas relatadas contribuem para a promoção da adaptação familiar, o apoio emocional e a continuidade dos cuidados no contexto do luto.

4.1. Intervenções realizadas pelos enfermeiros de família

A análise das entrevistas permitiu identificar que os enfermeiros de família desempenham um papel essencial no acompanhamento das famílias em processo de luto, destacando-se intervenções de natureza emocional, relacional e informativa, centradas nas necessidades singulares de cada família. Estas intervenções refletem uma prática de cuidados pautada pela proximidade, empatia e continuidade, características distintivas da Enfermagem de Saúde Familiar.

A primeira categoria “oferecer suporte”, incluiu 3 subcategorias:

- O “escutar” constitui a base da intervenção em situações de perda (E3, E4, E6, E7), funcionando como instrumento de acolhimento e validação emocional. Esta prática, expressa nas narrativas dos enfermeiros, é percebida como essencial para permitir à família falar sobre a dor e sentir-se compreendida, facilitando o processo de adaptação à ausência. Estes achados convergem com Oliveira et al. (2021), que destacam a escuta ativa como elemento central na promoção de um luto saudável. Também Neimeyer et al. (2025) reforçam que a escuta empática e a comunicação reflexiva contribuem para a redução do sofrimento e para a reorganização emocional da família.
- “Favorecer a expressão de sentimentos e emoções” emergiu igualmente como prática recorrente, expressa através de gestos de presença, apoio psicológico breve e criação de espaços seguros de partilha. Vários enfermeiros referiram que a visita domiciliária constitui um momento privilegiado para o desenvolvimento desta intervenção, uma vez que permite estar próximo e observar como a família se reorganiza após a perda. Esta constatação está alinhada com Figueiredo (2012), que defende a importância da

proximidade e continuidade dos cuidados como expressão da função terapêutica da Enfermagem de Família.

- “Proporciona informação”, os participantes referiram que frequentemente orientam as famílias sobre o processo de luto (E1). Tal como salientam Vega e Almeida (2023), a disponibilização de informação contribui para reduzir incertezas, promover a autonomia e reforçar a capacidade de coping familiar. Contudo, alguns enfermeiros reconheceram sentir limitações em identificar precocemente sinais de sofrimento prolongado, sugerindo a necessidade de formação contínua nesta área.

A segunda categoria “Oferecer conforto” mostram que os enfermeiros reconhecem competências relacionais e comunicacionais — nomeadamente empatia, presença e escuta reflexiva — e à sua capacidade de avaliação sistémica da dinâmica familiar (E3, E5).

A terceira categoria “esclarecer dúvidas antes da morte do familiar”, esclarecer dúvidas antes da morte do familiar consiste em reduzir a incerteza e ansiedade, fornecendo informações claras sobre a evolução da doença e cuidados, promovendo confiança e preparação para a perda (E4).

Por fim, a quarta categoria “facilitar a adaptação à perda”, significa ajudar a família a reinterpretar a situação de forma positiva, orientando para estratégias que promovam aceitação e resiliência (E4).

Esta relação entre competência profissional e qualidade do cuidado é corroborada por Yildirim e Kılıçaslan Çelikkol (2025), que salientam o impacto da comunicação terapêutica na eficácia das intervenções de enfermagem.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) emergiu como referencial implícito em várias práticas descritas, orientando a observação e a intervenção de forma adaptativa e contextualizada. Este modelo permite reconhecer a família como uma unidade em constante transformação, valorizando o processo relacional e a singularidade de cada contexto (Figueiredo, 2012).

Em síntese, as intervenções identificadas demonstram que o enfermeiro de família atua como elemento facilitador do processo de luto, articulando dimensões emocionais, informativas e relacionais num cuidado centrado na pessoa e na família. A aplicação consistente do MDAIF e o desenvolvimento contínuo das competências comunicacionais e reflexivas revelam-se determinantes para assegurar cuidados humanizados, eficazes e promotores de resiliência familiar.

4.2. Vantagens identificadas no apoio ao familiar em luto

As intervenções do enfermeiro de família no contexto do luto familiar apresentam diversas vantagens, refletindo-se não apenas no bem-estar emocional, mas também na prevenção de complicações psicológicas e na promoção de cuidados contínuos e integrados.

Após análise surgem 4 categorias:

A primeira “Facilita a identificação de preditores de risco de luto complicado (E1, E7), como histórico de transtornos mentais, baixa rede de apoio social ou vulnerabilidade emocional (Oliveira et al., 2021), permitindo uma intervenção direcionada e, quando necessário, a referenciação para apoio psicológico contribuindo para a prevenção de transtornos mentais e comportamentais e alinhando-se às recomendações do Plano Nacional de Saúde 2030 para cuidados de saúde mental e primários (Direção Geral de Saúde, 2022).

A segunda, “Favorece o estabelecimento de uma relação de confiança” com os familiares, especialmente no contexto de cuidados domiciliários regulares (E2). Este vínculo permite maior abertura emocional por parte das famílias, facilitando a expressão de sentimentos e a partilha de experiências difíceis, melhorando a comunicação e promove decisões conscientes no processo de luto (Diário da República, 2018).

A terceira, “Facilita a decisão” (E4, E6), a confiança entre enfermeiro e família funciona como um instrumento terapêutico, potencializando a capacidade da família de expressar sentimentos, reduzir o isolamento e a recorrer de recursos de apoio (Yıldırım & Kılıçaslan Çelikkol, 2025)

A quarta, “Promove a aceitação” (E5, E6), implica dialogar para reduzir a negação e ansiedade, favorecer a compreensão da perda e fortalecer a capacidade de seguir em frente.

A presença constante e a vigilância atenta às necessidades emocionais da família emergem como elementos centrais para garantir intervenções oportunas e adaptadas, evitando agravamento do luto e promovendo ajustes no cuidado conforme a evolução emocional da família (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Esta continuidade do cuidado, característica da Enfermagem da Saúde Familiar, fortalece a resiliência e promove ajustes adequados na intervenção conforme a evolução do processo de luto.

A combinação de escuta ativa, proximidade e suporte contínuo contribui para ganhos concretos em saúde mental e emocional, reduzindo sintomas de ansiedade, depressão e isolamento social (Oliveira et al., 2021).

Em síntese, os resultados evidenciam que as intervenções do enfermeiro de família não se limitam ao apoio emocional imediato, mas também contribuem para a prevenção de

complicações psicológicas, o fortalecimento do vínculo familiar e a promoção de cuidados integrados e contínuos. A conjugação de escuta ativa, proximidade e suporte sistemático constitui uma estratégia eficaz para apoiar as famílias em luto, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor, e favorecendo a vivência adaptativa.

4.3. Desafios enfrentados pelos enfermeiros no apoio ao luto

O apoio ao familiar em luto constitui uma das dimensões mais desafiadoras da prática de enfermagem, exigindo dos profissionais não apenas competências técnicas, mas também uma sólida preparação emocional e psicológica. Da análise emergiram seis categorias:

Na primeira “*rever valores pessoais*”, os enfermeiros relatam que o acompanhamento das famílias em luto frequentemente exige rever valores pessoais (E1, E6) com base nas próprias experiências de luto, o que pode servir como recurso terapêutico, mas também fonte de desgaste emocional.

A segunda categoria, “saber enfrentar a degradação do estado de saúde”, implica lidar com a vivência diária do luto familiar, especialmente quando existem vínculos afetivos, sendo uma situação considerada emocionalmente exigente (E4).”

A terceira “criação de momentos de partilha” (E3) e a quarta “enfrentar a dimensão emocional (E1, E3,E6) surgem como tarefas complexas, exigindo autorregulação e controle emocional, uma vez que os profissionais devem manter a sua postura sem demonstrar sofrimento durante o exercício das funções.

A quinta “saber enfrentar a negação do familiar”, que pode provocar sentimentos de impotência e dificuldade a implementação de intervenções eficazes (E5) (Silva, 2021).

Estudos indicam que a exposição contínua ao sofrimento pode levar ao desgaste emocional e à Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e sensação de baixa realização pessoal (Silva, 2021). O contato frequente com o luto pode reavivar experiências pessoais de perda nos profissionais, tornando o processo de cuidado mais complexo e emocionalmente carregado. Pesquisas apontam que enfermeiros sem formação específica em luto ou cuidados paliativos apresentam maior sobrecarga emocional e níveis elevados de Burnout.

A resistência ou negação por parte dos familiares em aceitar a perda pode gerar sentimentos de impotência nos enfermeiros, dificultando a implementação de intervenções eficazes. Essa dinâmica pode aumentar o estresse profissional e afetar a qualidade do cuidado prestado. (Silva, 2021).

Por fim, a sexta categoria “desenvolver os conhecimentos técnicos e científicos” os participantes destacaram lacunas sobre luto (E7), evitando que a ausência de formação direcionada comprometa a segurança e a eficácia das intervenções. Este dado sublinha a necessidade de capacitação contínua, em consonância com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

Em síntese, os dados enfrentados pelos enfermeiros no apoio ao luto refletem a exigência de competências emocionais, técnicas e relacionais integradas, assim como a necessidade de estratégias de autorregulação e formação contínua. Reconhecer os próprios limites e investir em desenvolvimento profissional constitui um passo fundamental para assegurar cuidados de qualidade, protegendo simultaneamente o bem.

4.4. Estratégias de coping mobilizadas pelos enfermeiros

Diante dos desafios emocionais e profissionais enfrentados no acompanhamento de familiares em processo de luto, os enfermeiros recorrem a diversas estratégias de coping para preservar seu bem-estar e garantir a qualidade dos cuidados prestados. Da análise surgem 7 categorias: a primeira “reflexão sobre experiências pessoais” (E1) e a segunda “colocar-se no lugar do outro” (E1) surgem como mecanismos internos essenciais, permitindo aos enfermeiros processar as suas emoções, desenvolver empatia e manter um distanciamento emocional equilibrado.

A terceiro “recurso a crenças” (E2) revela a utilização da espiritualidade e da oração como estratégia de coping, proporcionando conforto emocional.

A quarta “recurso à reflexão” (E2), estudos indicam que a reflexão crítica contribui para o desenvolvimento da resiliência e para a prevenção do burnout, ao possibilitar uma compreensão mais profunda das próprias reações emocionais frente ao sofrimento alheio (Silva, 2021).

A quinta o “recurso ao exercício físico” (E3) é mencionada como estratégia eficaz de coping, promovendo o bem-estar físico e emocional, ao auxiliar na regulação do stresse e na redução da carga psicológica associada ao luto familiar. Pesquisas demonstram que o exercício físico regular pode melhorar a regulação emocional e reduzir o sofrimento psicológico entre profissionais de saúde (Maresca et al., 2022).

A sexta “prevenção de burnout”, definição de limites claros entre as esferas pessoal e profissional é outra estratégia fundamental (E4, E5, E6). Ao estabelecer fronteiras, como a recusa em funerais ou a limitação do envolvimento emocional excessivo, os enfermeiros

conseguem proteger-se da sobrecarga emocional, garantindo a sustentabilidade do cuidado e preservando a própria saúde mental (Mangilep et al., 2024).

Por último a sétima “manter a qualidade de cuidados” (E7), evidencia uma prática de enfermagem centrada no utente, sustentada por valores de responsabilidade, empatia e compromisso ético, traduzindo uma competência relacional e profissional.

Em síntese, a adoção combinada de estratégias de coping internas e externas, incluindo autorreflexão, atividade física, espiritualidade e delimitação de fronteiras profissionais, constitui um recurso essencial para a prevenção de burnout, para a promoção de resiliência e para a manutenção de cuidados de qualidade junto das famílias em luto. O desenvolvimento contínuo das competências é fundamental para os profissionais de enfermagem de saúde familiar enfrentarem de forma eficaz os desafios emocionais e relacionais inerentes à prática clínica.

4.5. Necessidades dos enfermeiros para lidar com o luto

O acompanhamento de famílias em processo de luto coloca desafios complexos e contínuos aos enfermeiros, evidenciando a necessidade de formação estruturada, recursos adequados e suporte organizacional para sustentar uma prática eficaz e humanizada. Emergem 4 categorias da análise:

A primeira os enfermeiros identificam uma necessidade premente da “formação”, com foco em comunicação com famílias, gestão emocional, sinais de luto complicado e estratégias de intervenção (E1, E2, E5, E7).

A segunda “apoio psicológico” (E1), que inclua acompanhamento individual, supervisão clínica e estratégias de bem-estar no ambiente de trabalho (Zapata & Langins, 2022). Tais medidas contribuem para prevenir sobrecarga emocional, reduzir o risco de burnout e promover um contexto seguro para o cuidado de famílias em luto.

A terceira “manuais sobre a intervenção no luto” (E4), ausência de treino específico compromete a confiança dos enfermeiros e limita a capacidade de aplicar intervenções consistentes e fundamentadas, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado às famílias em luto (Lin et al., 2022).

Além da formação, os enfermeiros valorizam a existência de recursos práticos, como manuais, protocolos de referência e guias de consulta, que possam orientar a intervenção e apoiar a tomada de decisão em situações complexas (E4). Estes instrumentos contribuem para para a

padronização da prática, garantindo maior segurança e coerência no acompanhamento das famílias.

Quarto “momentos de partilha de experiências reais” (E6) também são valorizados como oportunidades de aprendizagem colaborativa, possibilitam a reflexão e suporte emocional, fortalecendo a resiliência emocional dos enfermeiros (Zapata & Langins, 2022).

Em síntese, a integração de formação contínua, recursos práticos, suporte entre pares e apoio institucional constitui uma abordagem essencial para capacitar os enfermeiros a lidar de forma eficaz, segura e humanizada com o luto familiar. Investir nestas dimensões fortalece competências técnicas e emocionais, promovendo cuidado de qualidade e sustentabilidade da prática profissional.

4.6. Sugestões dos enfermeiros para melhorar o apoio ao luto

As propostas apresentadas pelos enfermeiros convergem em três eixos estratégicos fundamentais para otimizar o acompanhamento das famílias em luto: formação especializada, desenvolvimento de recursos e articulação interdisciplinar. Esses eixos refletem a percepção da complexidade do luto e a necessidade de abordagens integradas que promovam um cuidado de qualidade, centrado na família.

- **Formação especializada**

Os profissionais destacam a importância de programas de formação contínua baseados em casos clínicos reais, integrando conhecimentos das áreas de psicologia e comunicação (E1, E2, E3). Esta abordagem permite desenvolver competências técnicas e emocionais, essenciais para lidar com situações de luto complexo e para promover intervenções sensíveis e eficazes (Iskov et al., 2024).

- **Desenvolvimento de recursos**

A criação de guias de consulta, protocolos de referência e materiais de orientação prática é apontada como uma estratégia relevante para sistematizar boas práticas, reforçar a segurança e confiança dos profissionais e garantir maior consistência nas intervenções (E5, E6). Estes recursos funcionam como instrumentos de apoio à tomada de decisão e à aplicação de estratégias fundamentadas no contexto familiar (Kentish-Barnes et al., 2022).

- **Articulação interdisciplinar e investigação**

Os enfermeiros enfatizam a necessidade de articulação com equipas de cuidados paliativos e outros profissionais de saúde, promovendo uma abordagem

interdisciplinar que amplie o suporte à família (E3) e otimize a qualidade do cuidado. Paralelamente, o desenvolvimento de investigação específica na área do luto é vista como essencial para fundamentar boas práticas, desenvolver políticas de saúde efetivas e consolidar o conhecimento científico na área (Kentish-Barnes et al., 2022).

Em síntese, a integração destes três eixos; o reforço da formação especializada, o desenvolvimento de recursos estruturados e a promoção da interdisciplinaridade e da investigação constitui um alicerce indispensável para fortalecer a atuação dos enfermeiros de saúde familiar no contexto do luto, garantindo cuidados de qualidade, consistentes e centrados na família.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu compreender, de forma aprofundada, as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de família no acompanhamento de famílias em processo de luto, evidenciando a complexidade emocional e a exigência técnica inerentes a esta dimensão do cuidar. Os resultados demonstram que o acompanhamento das famílias não se limita à gestão de aspetos clínicos, mas envolve uma atuação holística e centrada na família, que considera simultaneamente as dimensões emocional, relacional e informativa.

Os enfermeiros recorrem predominantemente a estratégias de escuta ativa, empatia, presença terapêutica e conforto emocional, fundamentais para apoiar a expressão do sofrimento e favorecer a adaptação à perda. Estas intervenções são frequentemente realizadas no contexto domiciliário, reforçando o papel do enfermeiro de família como profissional de proximidade, capaz de assegurar cuidados contínuos e ajustados às necessidades do núcleo familiar. A utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) revelou-se crucial, fornecendo um quadro estruturado para avaliação, planeamento e acompanhamento das famílias, permitindo respostas adaptativas e contextualizadas.

O estudo evidenciou ainda a relevância da abordagem integral na prática do Enfermeiro Especialista, articulando competências específicas do EEESF, como:

- Avaliação sistémica da família, considerando as interações familiares, recursos e necessidades individuais;
- Gestão das dimensões emocionais e psicossociais, identificando sinais de luto complicado e aplicando estratégias de coping adequadas;
- Promoção da resiliência familiar, apoiando a reorganização e adaptação da família à perda;

- Coordenação e articulação interdisciplinar, integrando recursos de saúde mental, cuidados paliativos e comunidade, garantindo continuidade e qualidade do cuidado;
- Desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica, escuta ativa e presença empática, que favorecem relações de confiança e segurança emocional;

Autogestão e autocuidado profissional, incluindo regulação emocional e estratégias de coping, essenciais para prevenir sobrecarga emocional e burnout. Apesar das competências demonstradas, o estudo também evidenciou desafios significativos, entre os quais se destacam:

- a falta de formação específica em luto, comunicação terapêutica e gestão emocional;
- A intensidade emocional do acompanhamento, incluindo a reativação de experiências pessoais de perda;
- A escassez de recursos estruturados de apoio à prática clínica, como guias e protocolos.

Os enfermeiros destacaram a necessidade de formação contínua, desenvolvimento de recursos e apoio institucional, incluindo supervisão clínica e espaços de partilha de experiências entre pares. Estes elementos são essenciais para fortalecer competências técnicas e emocionais, promover cuidado baseado em evidência e garantir bem-estar profissional, alinhando-se às atribuições do EEESF. Em síntese, a intervenção do enfermeiro de saúde familiar no contexto do luto constitui uma competência essencial e especializada, que combina habilidades clínicas, relacionais e de liderança familiar, exigindo investimento institucional, técnico e emocional. Este estudo reforça a importância do papel do EEESF na promoção de cuidados integrados, humanizados e centrados na família, contribuindo para respostas de saúde adaptadas às necessidades emocionais, sociais e psicológicas das famílias em processo de luto (Diário da República, 2018).

Recomendações

Com base nos resultados obtidos, apresentam-se recomendações para prática clínica, formação profissional e investigação, visando reforçar o cuidado em situações de luto familiar e apoiar o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Familiar.

a) Prática clínica

- Elaborar protocolos e guias de atuação específicos para acompanhamento de famílias em luto, integrando orientações da Direção-Geral da Saúde e boas práticas baseadas em evidência.
- Incluir sistematicamente a temática do luto nas consultas de Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo uma deteção precoce de sinais de luto complicado e acompanhamento continuado da família.
- Fortalecer a articulação interdisciplinar, envolvendo psicólogos, assistentes sociais e equipas de cuidados paliativos, garantindo abordagem integrada e centrada na família.
- Incentivar momentos formais de partilha entre enfermeiros como reuniões clínicas ou supervisão de pares, promovendo reflexão conjunta sobre casos e estratégias de intervenção.

b) Formação profissional

- Promover ações de formação contínua sobre o processo de luto, comunicação terapêutica, gestão emocional e sinais de risco, dirigidas a enfermeiros de família.
- Integrar conteúdos sobre luto e perda nos planos curriculares de licenciatura e especialização em Enfermagem, assegurando preparação adequada para a prática dos cuidados de proximidade.
- Estimular o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais através de simulações, análise de casos clínicos e testemunhos de profissionais e famílias.

c) Investigação

- Fomentar estudos qualitativos e quantitativos que explorem a experiência de luto em diferentes contextos familiares e culturais, assim como a eficácia das intervenções implementadas pelos enfermeiros.
- Avaliar o impacto emocional do apoio ao luto nos profissionais de saúde, identificando fatores protetores e estratégias de prevenção do burnout.
- Investigar a implementação de protocolos e guias de consulta no luto, aferindo os efeitos na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar das famílias.

6. SÍNTESE REFLEXIVA DO RELATÓRIO

O percurso formativo e de investigação desenvolvido neste relatório evidencia a articulação entre a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e a produção de conhecimento científico sobre as intervenções dirigidas a famílias em processo de luto.

No Capítulo I, relativo à prática clínica, destaca-se a relevância do estágio em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) como espaço privilegiado para a consolidação do perfil profissional, permitindo operacionalizar competências regulamentadas, nomeadamente o cuidado centrado na família enquanto unidade, a gestão das transições do ciclo vital e a liderança em processos de articulação interprofissional (Diário da República, 2018). Neste âmbito, destacou-se a capacidade de mobilizar recursos na comunidade, de valorizar a escuta ativa e a comunicação terapêutica, bem como, a elaboração de instrumentos de apoio à prática, como guias de consulta e materiais de literacia em saúde. Esta experiência formativa, reforçou a importância da integração entre conhecimento científico, competência relacional e gestão emocional, em consonância com a visão de Hanson (2005), que compreende a família como um sistema dinâmico e interdependente.

O Capítulo II, dedicado ao estudo empírico, este permitiu aprofundar a análise crítica ao explorar as perceções dos enfermeiros de família sobre as suas intervenções junto de famílias em luto. Os resultados, revelaram práticas centradas na empatia, na escuta ativa e no suporte emocional, confirmando a centralidade da dimensão relacional na qualidade dos cuidados (Oliveira et al., 2021). Identificaram-se, contudo, lacunas significativas, nomeadamente a ausência de protocolos formais, a escassez de formação específica no luto e os desafios associados à gestão da carga emocional na prática clínica. As estratégias de coping relatadas pelos enfermeiros, como a reflexão crítica, a espiritualidade e a definição de limites profissionais, refletem resiliência individual, mas evidenciam a necessidade de apoio institucional e da criação de espaços formais de partilha entre os pares (Maresca et al., 2022; Zapata & Langins, 2022).

De forma transversal, a investigação destacou a pertinência da formação contínua, da produção de recursos práticos de intervenção e da colaboração interdisciplinar, sobretudo com psicólogos e equipas de cuidados paliativos, como condições essenciais para o fortalecimento da prática baseada na evidência (Kentish-Barnes et al., 2022).

Em síntese, a análise integrada dos dois capítulos, demonstra que o estágio constituiu um processo de aprendizagem experimental, articulando teoria e prática para o desenvolvimento profissional, enquanto o estudo empírico permitiu refletir criticamente sobre a prática e propor estratégias de sistematização das intervenções em saúde familiar no contexto do luto.

Fica evidente que o cuidar em situações de perda exige uma abordagem holística, que combina competências técnicas, relacionais, comunicacionais e de investigação, garantindo uma resposta diferenciada e centrada nas necessidades das famílias em momentos de elevada vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allmark, P., Boote, J., Chambers, E., Clarke, A., McDonnell, A., Thompson, A., & Tod, A. M. (2009). Ethical Issues in the Use of In-Depth Interviews: Literature Review and Discussion. *Research Ethics*, 5(2), 48–54. <https://doi.org/10.1177/174701610900500203>
- Asensi, F. D. (2020). *PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS DE EDUCAÇÃO*. www.pembrokecollins.com
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo Laurence Bardin*.
- Batista, M. P. P., Rebelo, J. E., Tavares de Carvalho, R., Morgani de Almeida, M. H., & Lancman, S. (2018). Reflections concerning the conduction of interviews with bereaved widows in qualitative survey. In *Brazilian Journal of Occupational Therapy* (Vol. 26, Issue 4, pp. 797–808). Universidade Federal de Sao Carlos. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1571>
- Boelen, P. A., & Adamkovič, M. (2024). Prevalence and correlates of ICD-11-based prolonged grief disorder in a representative Slovakian sample of recently bereaved adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2381368>
- Bousso, R. S. (2011). *A complexidade e a simplicidade da experiência do luto*.
- Costa. (2024). O Papel da Família no Desenvolvimento Emocional do Adolescente. *Revista Contemporânea*, 4(10), 6351. <https://doi.org/10.56083/rcv4n10-197>
- Costa, K. A. da, & Laport, T. J. (2019a). Família e sociedade uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Mosaico*.
- Costa, & Laport. (2019b). Família e sociedade: uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Revista Mosaico*.
- Creswell, J. W. (2018). *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa* (Publicações SAGE, Ed.; 4th ed.).
- Creswell, J. W. , & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
- Diário da República. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

- Diário da República. (2018, July 16). *Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Diário da República. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. 6 de Fevereiro de 2019, Art. Diário da República, 2.ª série — N.º 26. <file:///C:/Users/gabif/OneDrive/Documentos/Gabi/Mestrado/2%C2%BA%20Ano/Bibliografia%20trabalho%20investiga%C3%A7%C3%A3o/Regulamento%20n.%C2%BA%20140.2019.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *PNS 2020- 2030*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf
- Figueiredo. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (Lusociência, Ed.).
- Figueiredo, H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (LIDEL, Ed.).
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação Da Conceção à Realização*. Lusociencia.
- Freitas, M. da G., Quitério, M. de F., Garcia, A. C. G., & Felício, M. M. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021/2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Gerson, K. (2020). Conducting Interviews. In *The Science and Art of Interviewing* (pp. 100–142). Oxford University Press New York. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199324286.003.0005>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª). Lusociência.
- Iskov, L., Andersson-Noorgard, K., & Fairbrother, G. (2024). Working with carer grief in community palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 30(10), 556–566. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.10.556>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., Martin, M., Mazaud, A., Papazian, L., Argaud, L., Demoule, A., Schnell, D., Lebas, E., Ethuin, F., Hammad, E., Merceron, S., Audibert, J., Blayau, C., Delannoy, P.-Y., ... Azoulay, E. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 399(10325), 656–664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02176-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02176-0)

- Lin, X., Li, X., Bai, Y., Liu, Q., & Xiang, W. (2022). Death-coping self-efficacy and its influencing factors among Chinese nurses: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(9), e0274540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274540>
- Mangilep, A. U. A., Noer Bahry Noor, Rini Anggraeni, & Adelia L F Sinaga. (2024). Stress Coping Strategies Among Nurses at Hasanuddin University Hospital Indonesia. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 7(6), 1671–1677. <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i6.5439>
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Marotta Mendez, C. (2019). A Família nas Novas Parentalidades. Um Pensamento Rizomático. *PSI UNISC*, 3(2), 7–16. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v3i2.13385>
- Mashuri, S. , R. M. , A. F. , & S. H. (2022). *Entrevista semiestruturada: uma reflexão metodológica sobre o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa qualitativa em estudos educacionais*.
- Meurer, K. L. P. D. S. A. B. (2022). *O Luto, a história e a psicanálise: um sentido possível*.
- Oliveira. (2009). *Recomeçar: família, filhos e desafios* (Editora UNESP, Trans.).
- Oliveira, A. R. B. de, Arruda, E. C. de, Blogoslawski, I. de M., & Sartori, R. S. (2021). Reflexões sobre a morte, o luto e as intervenções possíveis. *Conversas Em Psicologia*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.33872/conversaspico.v1n1.reflexoes>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *regulamento do perfil competencias enf. cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf#:~:text=REGULAMENTO%20DO%20PERFIL%20DE%20COMPETNCIAS,DO%20ENFERMEIRO%20DE%20CUIDADOS%20GERAIS
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Pearce, C., Wong, G., Kuhn, I., & Barclay, S. (2021). Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. *BJGP Open*, 5(3). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0008>
- Petursdottir, A. B., Sigurdardottir, V., Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K. (2020). The Impact of Receiving a Family-Oriented Therapeutic Conversation Intervention Before and During

- Bereavement Among Family Cancer Caregivers. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000679>
- Ramos, V. A. B. (2016). *O processo de Luto*. www.psicologia.pt
- Reis, F. (2022). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos* (2ª edição). Edições Sílabo.
- Ribeiro, D., Basto, D., Fernandes, A., Peixoto, V., Afonso, C., & Rebelo, V. (2023). *Manual de Acolhimento*.
- Silva, M. de L. A. dos S. G. da. (2021). *Impacto da morte de utentes em enfermeiros de Equipas de Cuidados Continuados Integrados : um estudo na região de Lisboa e Vale do Tejo* [Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/53962>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, 4(1), 20–27. <https://doi.org/10.1080/19424620.2013.819228>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Springer, Ed.; 5th ed.).
- Wright, L. M. , L. M. , S. Z. , & S. D. (2020). *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention* .
- Yadav, D. (2022). Criteria for Good Qualitative Research: A Comprehensive Review. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(6), 679–689. <https://doi.org/10.1007/s40299-021-00619-0>
- Yıldırım, Ö., & Kılıçaslan Çelikkol, A. (2025). Family Resilience in The Face of Grief And Loss: A Systematic Review. *Humanistic Perspective*, 7(1), 73–89. <https://doi.org/10.47793/hp.1608181>
- Zapata, T., & Langins, M. (2022). Investing in the health workforce, protecting mental health: policy and action taken by WHO. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.040>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

Data: 22.01.2025

Nossa referência: 30_2025

Relator: Idalina Russell

*De acordo
22/01/2025
Jo*

Parecer emitido em reunião ordinária de 22 de Janeiro de 2025

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer em relação ao estudo "**Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar com Famílias em Processo de Luto**", tendo como investigador principal Maria Gabriela Ferreira Amorim, estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; Enfermeira a exercer funções na USF Nova Estação pertencente à ULS Médio Ave e como colaboradoras e orientadoras do projeto de investigação Professora Doutora Carminda Morais e Enfermeira Especialista e Mestre Cristina Afonso.

O investigador principal e os colaboradores possuem aptidão para a realização do estudo.

É um estudo exploratório e descritivo, utilizando uma abordagem metodológica qualitativa

Para a recolha de dados será utilizada a entrevista semiestruturada.

Para a análise e tratamento de dados em uma pesquisa qualitativa, será utilizada a análise de conteúdo.

O protocolo do estudo é pertinente e a sua conceção é adequada e tem como objetivo analisar a perspetiva dos enfermeiros sobre suas intervenções junto das famílias em situação de luto.

Amostra constituída pelos enfermeiros da USF Manuel Rocha Peixoto que aceitem participar voluntariamente no estudo e que estejam disponíveis durante o período da colheita de dados.

Duração do estudo cerca de 3 meses.

Não foram referidas situações de conflito de interesses por parte do investigador principal e colaboradoras e orientadoras envolvidas no estudo clínico;

O projeto não implica retribuição ou compensação dos participantes ou acréscimo de custos para os participantes ou à instituição a pesquisadora será totalmente responsável pelos custos associados à realização do estudo, sem oferecer qualquer forma de compensação financeira aos participantes.

O estudo contempla não o acompanhamento clínico dos participantes

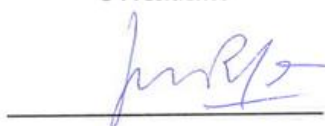
Está garantida a confidencialidade dos dados .

Os dados serão destruídos ao fim do prazo legal.

O modelo de consentimento informado é adequado.

O Protocolo segue as indicações da POL.043.01 - Investigação Clínica e Não-Clínica do Hospital, e a Comissão de Ética é favorável à realização do estudo.

O Presidente



Juan R. Garcia

Anexo 2 – Autorização coordenador USF

Exmo(a). Sr(a). Coordenador(a)

Exmos(as). Srs(as) do conselho Técnico da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto, da ULS de Braga

Maria Gabriela Ferreira Amorim, enfermeira, a exercer funções na USF Nova Estação em Vila Nova de Famalicão, frequenta o II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em colaboração com as orientadoras do projeto de investigação: Professora Doutora Maria Carminda Morais e Enfermeira Especialista e Mestre Cristina Afonso, pretende desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: As intervenções dos enfermeiros de saúde familiar com as famílias em processo de luto - perspetivas

Explicação do estudo:

O processo de luto, enquanto experiência universal, é individualmente único e pode ter profundas implicações no funcionamento familiar. As suas manifestações têm sido amplamente estudadas, mas há uma lacuna significativa na investigação sobre as intervenções dos enfermeiros no apoio aos indivíduos e famílias em luto. Assim, pretendo com este estudo saber qual é a perspetiva dos enfermeiros de unidades de saúde familiares sobre as suas intervenções junto das famílias em situação de luto. A autora deste projeto estruturou uma entrevista semiestruturada de forma a atingir os seguintes objetivos:

- Identificar as principais intervenções realizadas pelos enfermeiros de unidades de saúde familiares junto das famílias em situação de luto.
- Identificar as perceções dos enfermeiros de unidades de saúde familiares relativos às vantagens e desvantagens das intervenções às famílias em luto.
- Identificar os instrumentos utilizados pelos enfermeiros de unidades de saúde familiares para avaliar as necessidades das famílias em luto.
- Identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros de unidades de saúde familiares ao prestar cuidados a famílias em luto.
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros de unidades de saúde familiares na prestação de cuidados aos familiares em luto.

- Identificar as estratégias de coping mobilizadas pelos enfermeiros de unidade de saúde familiares perante as famílias em luto.

A entrevista será realizada a todos os enfermeiros que exercem funções na USF Manuel Rocha Peixoto, durante o mês de novembro a dezembro 2024.

A informação será tratada de forma anónima e confidencial, sem incluir qualquer identificação dos participantes.

A realização deste trabalho não irá interferir no funcionamento habitual da unidade.

Venho por este meio solicitar a realização deste trabalho na USF Manuel Rocha Peixoto.

Por favor, assinale com um X a vossa decisão:

Autorizada a realização do estudo de investigação nesta USF.

Sim: ☒ Não

(assinatura do Coordenador ou Responsável do Conselho Técnico)

Agradeço antecipadamente pela colaboração.

Atenciosamente,

Braga, 13 de julho de 2024

Gabriela Amorim

Gabriela Amorim (Cédula Profissional 20343)

Contacto: 915303873/gabi.f.amorim@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice 1 - Entrevista

ENTREVISTA

Código P_____

Estou a realizar um estudo para entender a perspetiva dos enfermeiros sobre as suas intervenções junto das famílias em situação de luto. A sua contribuição será extremamente valiosa para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Agradeço a sua participação nesta entrevista. Garanto que todas as suas respostas serão mantidas em total confidencialidade. Com o seu consentimento, a entrevista será gravada apenas para fins de análise e, no final do estudo, todas as gravações serão destruídas.

Dados pessoais

Idade:

Entre 30-40 anos ☐

Entre 40-50 anos ☐

Entre 50-60 anos ☐

Entre 60-70 anos ☐

Anos de serviço na atual função:

Entre: 0-10 anos ☐

Entre 10-20 anos ☐

Mais de 20 anos ☐

Qual a trajetória do seu percurso profissional _____

Perguntas

1. Poderia descrever brevemente a sua experiência profissional e há quanto tempo trabalha como enfermeiro(a)? _____
2. Quais são as principais intervenções que realiza ao apoiar famílias em luto? _____
3. Poderia dar exemplos das intervenções que considera mais importantes? _____
4. Como é que avalia a eficácia dessas intervenções no apoio às famílias em luto? _____

5. Existem intervenções que acredita serem mais eficazes do que outras? Em caso afirmativo, quais? _____
6. Quais são os principais desafios que enfrenta ao prestar cuidados a famílias em luto? _____
7. Poderia partilhar alguma experiência específica que tenha sido particularmente desafiadora? _____
8. Como é que lida com os seus próprios sentimentos e emoções ao apoiar famílias em luto? _____
9. Quais as estratégias que utiliza para manter o seu bem-estar emocional? _____
10. Como se sente em relação à sua preparação para lidar com famílias em situação de luto? _____
11. Tem alguma formação específica sobre como apoiar famílias em luto? Em caso afirmativo, como foi essa formação? _____
12. O que poderia ser feito para melhorar as práticas de intervenção junto das famílias em luto? _____
13. Quais os recursos ou suporte adicional que acredita que seriam úteis para os enfermeiros neste contexto? _____
14. Existe algo mais que queira acrescentar sobre a sua experiência ao apoiar famílias em luto? _____
15. Tem alguma pergunta ou consideração final que gostaria de acrescentar à nossa pesquisa? _____

Agradeço novamente pela sua participação, disponibilidade e pelo tempo despendido nesta entrevista. A sua contribuição é essencial para o sucesso do estudo. Irei analisar todas as respostas recolhidas e os resultados do estudo serão apresentados assim que estiverem disponíveis. Caso tenha alguma dúvida futura ou desejar acrescentar mais alguma informação, por favor, não hesite em contactar.

Muito obrigado!

Apêndice 2 – Estudo do caso I

Exemplo Prático1: Intervenção junto de um adulto em luto com impacto familiar

1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL À LUZ DO MDAIF

Foi realizada uma avaliação centrada na família, utilizando o MDAIF, o genograma (Figura 1) e o ecomapa (Figura 2), identificando-se uma rede de suporte familiar reduzida e sobrecarga emocional.

1.1 Composição da família

Durante o estágio, acompanhei a Família A, classificada como família alargada, composta por três elementos: o Sr. P., de 38 anos, filho único, e os seus pais, casados legalmente, com 64 e 60 anos.

A mãe foi submetida a cirurgia bariátrica e tem diagnóstico de hipertensão arterial. O pai encontra-se em vigilância por doenças crónicas, nomeadamente diabetes Mellitus e hipertensão. O Sr. P. reside com os pais, é operário têxtil em regime de turnos rotativos e apresenta também diagnóstico de hipertensão. O seu horário laboral compromete a regularidade das rotinas de sono, alimentação e o apoio familiar prestado aos pais.

Importa referir que, em agosto de 2024, faleceu a avó materna, com quem o Sr. P. mantinha uma ligação muito próxima, o que constituiu um momento de perda significativa para a família.

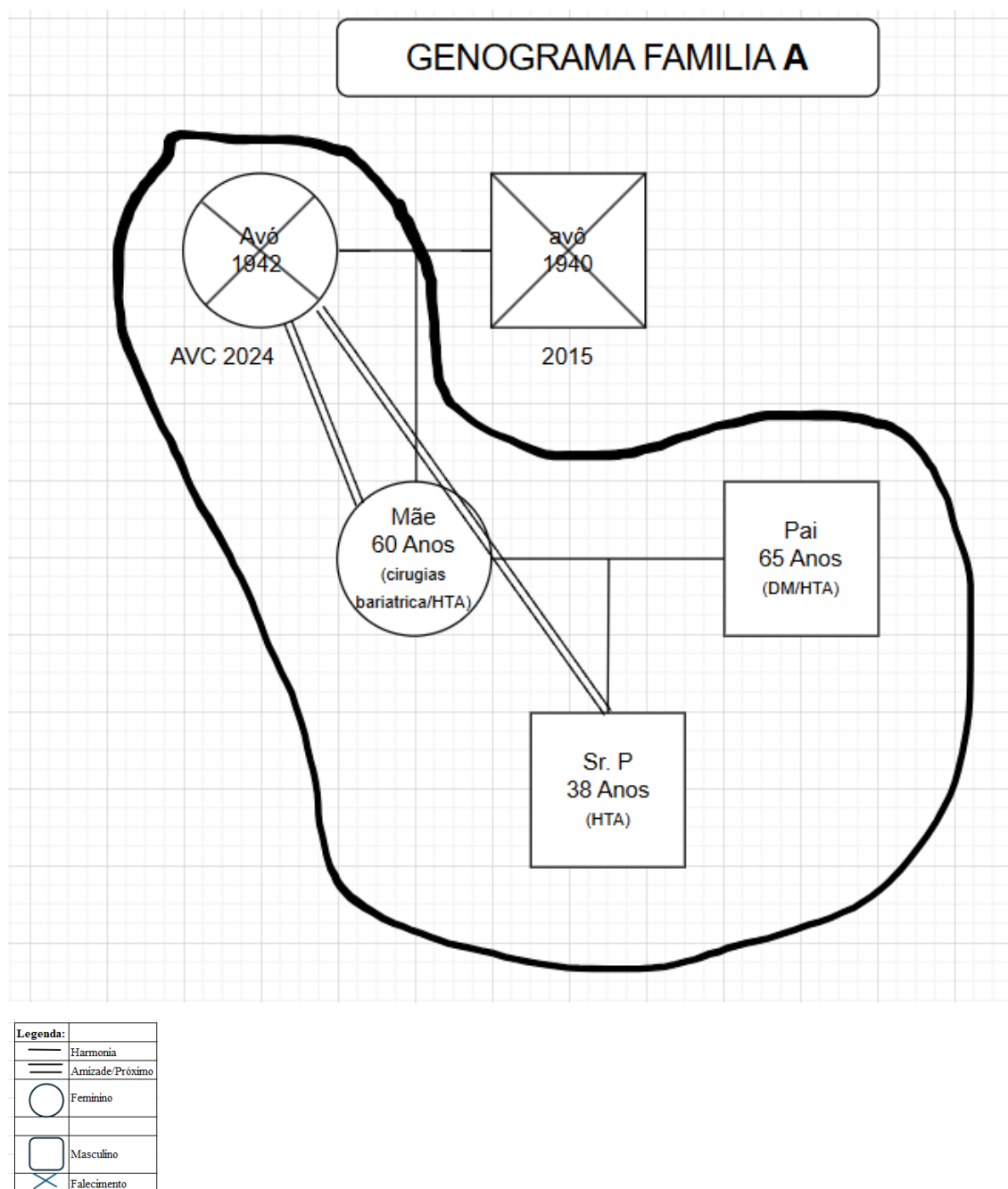


Figura 1. Genograma da Família A

1.2. Tipo de família

Esta é uma família com filhos adultos, com histórico médico significativo, que residem num apartamento próprio, e todos estão empregados.

1.3. Família extensa

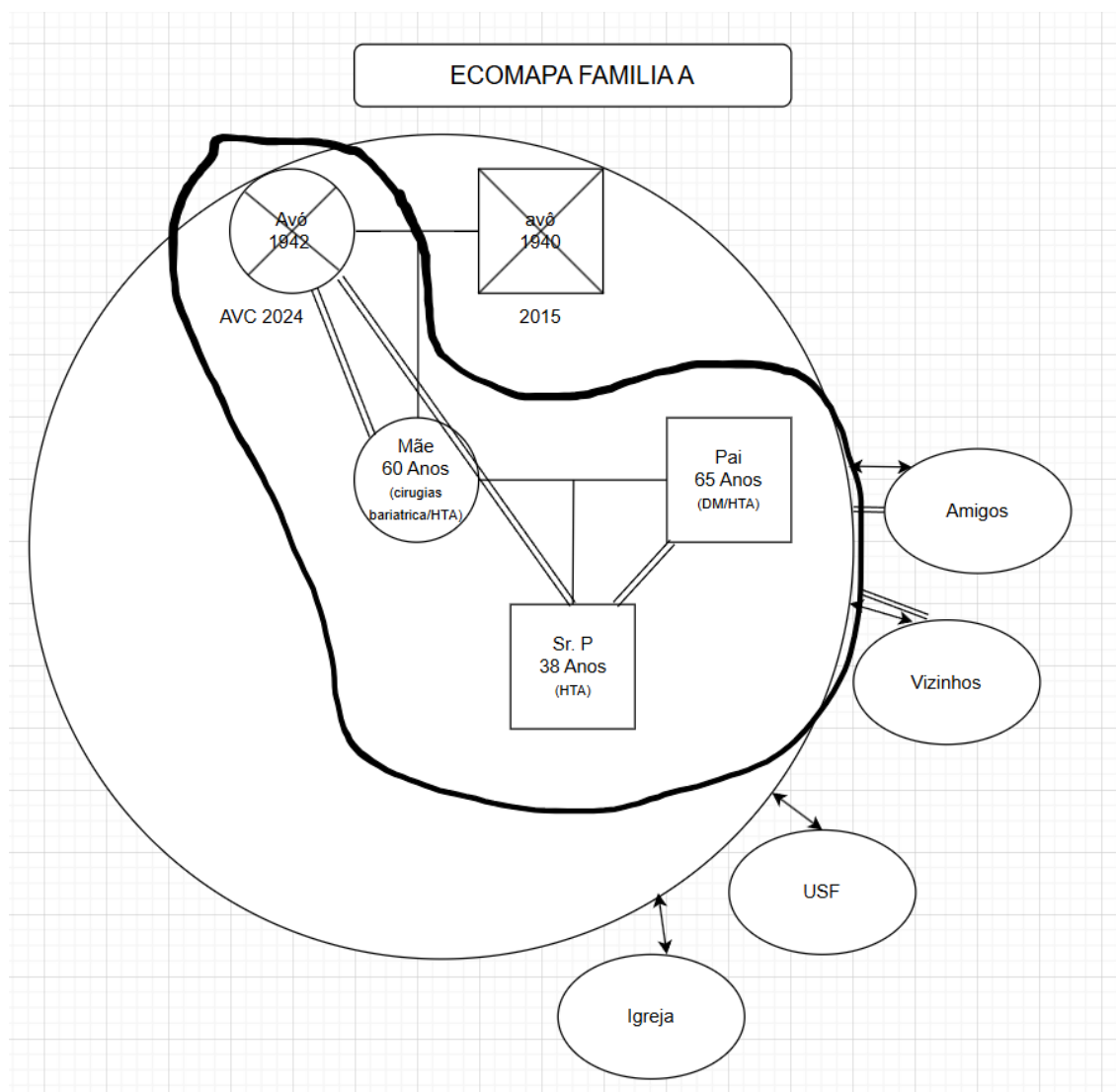
Até agosto de 2024, a família incluía também a avó materna, que residia no mesmo domicílio e faleceu aos 82 anos, vítima de um acidente cerebrovascular (AVC).

1.4. Sistemas mais amplos:

Neste contexto, foi utilizado o ecomapa, ferramenta que, segundo Figueiredo (2012), permite representar de forma visual as ligações da família com os diversos sistemas que a envolvem. Esta representação ajuda a compreender as relações que os indivíduos estabelecem com o seu meio. No caso em análise, a utilização do ecomapa revelou-se especialmente pertinente, uma vez que a rede social da família é reduzida, o que pode limitar o apoio disponível em situações de crise, tornando-a potencialmente menos eficaz do que uma rede de suporte mais ampla.

O Sr. P. demonstra uma ligação muito próxima com os pais, amigos e vizinhos, mantendo ainda vínculo com a igreja e com a Unidade de Saúde Familiar (USF).

Teve uma perda significativa em dezembro de 2024, um amigo próximo por leucemia, e uma amiga, também próxima, por cancro do pâncreas, o que teve impacto no seu estado emocional e no funcionamento da sua rede de apoio informal.



Legenda:	
	Harmonia
	Amizade/Próximo
	Feminino
	Masculino
	Falecimento
	Fluxo de energia

Figura 2. Ecomapa da Família A

1.5. Classe social:

Para identificar a classe social da família, foi utilizada a Escala de Graffar Adaptada, que, com base na pontuação obtida, indicou uma classificação na classe média. As informações fornecidas por esta escala são relevantes, uma vez que podem estar associadas ao nível de literacia em saúde da família e ao seu acesso a serviços de saúde, entre outros fatores determinantes da saúde.

1.6 Edifício Residencial e Sistema de abastecimento

O edifício residencial representa o espaço onde a família vive e se protege. De acordo com Figueiredo (2012), aspetos como a limpeza da habitação, barreiras arquitetónicas, sistema de aquecimento e fornecimento de gás são relevantes na avaliação do ambiente familiar.

A família reside numa casa própria, situada num apartamento localizado numa zona antiga da cidade. O edifício apresenta-se estruturalmente salubre, embora com características mais antigas. A habitação dispõe de condições de higiene adequadas, está ligada à rede pública de abastecimento de água e à rede de saneamento básico.

O apartamento não apresenta barreiras arquitetónicas significativas, sendo acessível por escadas e com um elevador funcional, ainda que antigo.

A família utiliza gás de botija para cozinhar, sendo os restantes equipamentos alimentados por energia elétrica. O aquecimento é feito de forma elétrica e por compartimento, através da utilização de equipamentos móveis, adaptando-se às necessidades de cada divisão da casa.

1.7 Ambiente Biológico

Esta dimensão refere-se ao risco biológico associado à presença de animais domésticos, sendo relevante garantir condições adequadas de vigilância, segurança e higiene (Figueiredo, 2012).

No caso desta família, este aspeto não se aplica, uma vez que não possuem animal doméstico.

O Quadro 1 apresenta os principais focos de atenção de enfermagem relacionados à funcionalidade familiar, conforme o Modelo de Desenvolvimento e Adaptação da Família (MDAIF).

Quadro1 Foco de atenção e juízo relacionados à Estrutura Familiar (Figueiredo, 2020).

FOCO	JUÍZO
Rendimento Familiar	Não insuficiente
Edifício Residencial	Seguro, Não negligenciado
Precaução de Segurança	Demonstrada
Abastecimento de Água	Adequado

2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO À LUZ DE MDAIF

No que respeita à dimensão do desenvolvimento, a Família A encontra-se na fase do ciclo vital correspondente a famílias com filhos adultos. Segundo Figueiredo (2023), esta etapa caracteriza-se por uma transição gradual do papel parental, na qual os pais continuam a prestar apoio aos filhos, mesmo após a maioridade, face às exigências da sociedade atual, como a instabilidade laboral e o elevado custo de vida. Assim, é frequente que as famílias prolonguem o suporte parental, muitas vezes em detrimento do seu próprio bem-estar, para que os filhos possam alcançar a sua autonomia.

No caso da Família A, destaca-se a coabitação do Sr. P., de 38 anos, com os seus pais, apesar de ser um adulto funcional e profissionalmente ativo. Esta situação evidencia uma manutenção prolongada do papel parental, que pode originar sinais de saturação e dificuldades na redefinição das relações familiares, agora entre adultos.

A análise revelou que os pais continuam a assumir grande parte da gestão doméstica e do suporte emocional, mesmo enfrentando condições crónicas de saúde e processos de luto recentes — pela perda da avó materna (setembro de 2024) e, no caso do Sr. P., de um amigo e uma amiga próxima (novembro e dezembro de 2024). Estas vivências aumentam o risco de sobrecarga emocional e dificultam a reorganização familiar esperada nesta fase do ciclo de vida. Diante deste contexto, foi identificado como foco o Papel Parental (família com filhos adultos). Com base nos critérios diagnósticos (Figueiredo, 2020), observou-se a saturação do papel, sem evidência de uma redefinição clara das relações adulto-adulto no seio familiar.

Reconhecendo estas dinâmicas, as intervenções centraram-se na promoção do equilíbrio relacional e da autonomia dos membros, sem comprometer os laços afetivos.

Criaram-se oportunidades de comunicação expressiva, favorecendo o diálogo aberto sobre os sentimentos associados à convivência diária, à sobrecarga sentida pelos pais e às perdas recentes. Em simultâneo, foram exploradas as fontes de saturação parental, com destaque para a responsabilidade constante na gestão doméstica e no suporte ao filho, ainda que este seja um adulto. Procurando promover a dinâmica familiar mais adaptada, foram reforçadas as estratégias de coping previamente demonstradas pela família, incentivando momentos em família, a partilha de tarefas e a valorização das conquistas já alcançadas em contextos desafiantes.

Paralelamente, foram discutidas possibilidades de redefinição das tarefas parentais, sugerindo ao Sr. P. um maior envolvimento nas rotinas familiares, o que contribuiria para a redução da carga sobre os pais e para favorecer a convivência mais equitativa. Por fim, foi negociada uma nova organização familiar, assente numa relação mais horizontal entre adultos, respeitando os

limites e necessidades de cada elemento da família, e favorecendo a adaptação dos papéis à etapa atual do ciclo vital (Quadro 2).

Esta abordagem integrada permitiu à família refletir sobre a importância da transição gradual de funções, promovendo o bem-estar de todos os membros e reforçando a capacidade de autorregulação do sistema familiar.

Quadro 2- Critérios de diagnóstico, juízo e intervenções do foco de atenção Papel Parental (família com filhos adultos) (Figueiredo, 2020).

FOCO	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO	JUÍZO
Papel Parental (família com filhos Adultos)	Saturação do papel (Redefinição das relações com filhos adultos-relações adulto/adulto)	Não demonstrado

INTERVENÇÕES SUGERIDAS

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);
- Promover estratégias de coping para a papel;
- Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
- Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família.

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL À LUZ DO MDAIF

A dimensão funcional, de acordo com Figueiredo (2012), avalia os padrões de interação entre os membros da família e como estes influenciam o seu bem-estar. Inclui o papel de prestador de cuidados e o processo familiar. No caso desta família, como não existem elementos dependentes, não foi necessária a análise do papel de cuidador.

3.1 Processo Familiar

No presente estudo, a avaliação do processo familiar revelou-se fundamental para compreender os padrões de interação e a dinâmica relacional da família, considerando-a como um sistema co-evolutivo (Figueiredo, 2012).

Foram consideradas cinco dimensões: comunicação, coping, interação de papéis, dinâmica das relações e crenças familiares.

Para esta análise, foi utilizada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Figueiredo, 2012), instrumento que identifica eventos stressantes e permite relacionar o nível de stress com o risco de doenças psicossomáticas.

Apesar de eventos marcantes como a morte da avó materna, de amigos próximos e de alterações de hábitos pessoais do Sr. P., o resultado obtido foi inferior a 150 pontos, indicando baixo nível de stress e, por isso, baixa probabilidade de impacto negativo na saúde relacionado com esses acontecimentos.

3.1.1 Comunicação Familiar

De acordo com Walsh (2005, citado por Figueiredo, 2023), a comunicação constitui um dos pilares fundamentais da resiliência familiar, caracterizando-se pela clareza nas interações, pela expressão emocional autêntica e pela abordagem colaborativa na resolução de problemas (Figueiredo, 2023).

No entanto, no caso em análise, o Sr. P refere que é a mãe quem mais expressa os sentimentos no seio familiar. Verifica-se que, embora a aceitação da expressão emocional por parte da família seja eficaz e o impacto das emoções individuais na dinâmica familiar seja percebido positivamente, a forma como os sentimentos são partilhados não é satisfatória para os seus membros. Assim, conclui-se que a comunicação emocional, neste contexto, não se revela eficaz, comprometendo a sua contribuição para a resiliência familiar.

3.1.2 Coping Familiar

Segundo McCubbin, Olson e Larsen (1981, citado por Figueiredo, 2023) e Olson et al. (1983, citado por Figueiredo, 2023), no âmbito da adaptação familiar face a situações adversas, as estratégias de *coping* desempenham um papel essencial na promoção da resiliência e no restabelecimento do equilíbrio do sistema familiar. Estas estratégias podem ser classificadas em internas e externas, conforme a origem dos recursos mobilizados.

As estratégias internas referem-se à forma como os indivíduos, no seio da família, interpretam e gerem os desafios, utilizando os recursos intrafamiliares disponíveis. Neste domínio, destacam-se o reenquadramento cognitivo e a avaliação passiva, enquanto mecanismos que favorecem a adaptação emocional e a reorganização dos significados atribuídos à situação vivida.

Por sua vez, as estratégias externas envolvem a procura ativa de apoio fora do núcleo familiar, nomeadamente através de redes sociais próximas (amigos, vizinhos), suporte religioso, acompanhamento profissional e recursos comunitários. Estas estratégias refletem o comportamento orientado para a rede de suporte, sendo fundamentais em contextos onde os recursos familiares se revelam insuficientes.

Deve ser dado relevo ao reenquadramento, entendido como uma estratégia que permite à família reinterpretar a situação-problema, modificando a perceção cognitiva do sintoma ou da dificuldade. Este processo tem como objetivo alterar as “regras do jogo familiar” quando estas se encontram estagnadas em padrões disfuncionais, contribuindo para a interrupção de ciclos de retroalimentação que perpetuam o problema. O reenquadramento introduz maior flexibilidade na dinâmica familiar, promovendo novas formas de significado e adaptabilidade face à adversidade (Figueiredo, 2023).

Neste contexto, avaliou-se o *coping* familiar que permitiu identificar algumas fragilidades no seu processo de resolução de problemas. Verificou-se que a figura materna é quem habitualmente identifica os problemas e toma a iniciativa para os resolver, centralizando sobre si grande parte da gestão emocional e prática das dificuldades familiares. Apesar de existirem momentos de discussão dos problemas entre os membros da família, estes manifestam insatisfação quanto à forma como essas discussões decorrem. Observou-se, ainda, que a família recorre a recursos externos para a resolução de problemas e relata experiências prévias positivas nesse âmbito. No entanto, a ausência de uma abordagem partilhada e de comunicação eficaz entre os membros compromete a eficácia do *coping* familiar, sendo classificado como não eficaz.

3.1.3 Interação Familiar

A família, enquanto sistema dinâmico, encontra-se em constante transformação, ajustando-se continuamente às mudanças que decorrem tanto das interações entre os seus membros como das influências externas do ambiente. Esta natureza evolutiva permite-lhe preservar a sua estabilidade e garantir a continuidade do seu funcionamento. Para responder aos desafios que enfrenta e alcançar os seus objetivos, a família mobiliza recursos e adota estratégias específicas de adaptação (Figueiredo, 2023).

Na família em análise, verifica-se uma definição clara dos papéis e um elevado nível de consenso quanto à sua atribuição, o que tende a favorecer a estabilidade relacional. Contudo, identificam-se zonas de tensão e de potencial conflito, especialmente quando os papéis se tornam rígidos ou se sobrepõem.

- O papel de provedor é desempenhado pela mãe, com consenso familiar, sem conflitos ou saturação identificados. Ainda assim, a acumulação deste papel com outras funções poderá indicar sobrecarga não verbalizada.
- A gestão financeira está atribuída ao pai, de forma consensual, sem sinais de conflito ou sobrecarga, traduzindo uma delimitação funcional estável.
- O papel de cuidado doméstico é igualmente assumido pela mãe, com consenso, mas com registo de conflito de papel. Isto pode apontar para uma distribuição desigual de tarefas no espaço doméstico, ainda que a mãe não manifeste saturação. Este desequilíbrio poderá estar na origem de tensões relacionais
- O papel recreativo, a cargo do Sr. P (filho), é assumido com naturalidade e aceitação pelos restantes membros, sem conflitos ou saturação, contribuindo positivamente para o convívio familiar.
- O papel de parente, partilhado pelos pais, apresenta consenso quanto à sua importância, mas está associado a conflito e saturação, sobretudo devido à convivência prolongada com o filho adulto (39 anos), ainda residente com os progenitores. Este aspeto parece representar uma fonte de tensão não resolvida, que pode comprometer a diferenciação dos papéis parentais e a promoção da autonomia do filho.

Em síntese, a família demonstra uma organização funcional na interação de papéis, com várias áreas de consenso, mas também sinais de rigidez e tensão, especialmente na acumulação de funções pela mãe e na relação parental prolongada com o filho adulto.

3.1.4 Relação dinâmica

Segundo Amor, Nunes e Lopes 2010, citado por Figueiredo, 2023), o contexto familiar Europeu tem vindo a sofrer transformações significativas, às quais Portugal também não é alheio. Estas mudanças resultam de diversas dinâmicas sociais e culturais que contribuíram para a progressiva alteração do modelo tradicional de família. Entre os principais fatores destacam-se o aumento das taxas de divórcio, a informalização das relações conjugais, a redução dos casamentos, da natalidade e da fecundidade, bem como o envelhecimento populacional e o crescimento de novos tipos de núcleos familiares, como os monoparentais ou reconstituídos. Estas transformações têm impacto direto na relação e dinâmica familiar, uma vez que exigem reorganizações constantes dos papéis, padrões de convivência e formas de comunicação entre os seus membros. A diversidade nas estruturas familiares atuais requer maior flexibilidade e adaptação às novas formas de vinculação e de partilha de responsabilidades, sendo essencial que as relações se mantenham saudáveis, funcionais e promotoras de bem-estar, independentemente da configuração familiar.

Observa-se nesta Família um padrão relacional onde a mãe assume o papel de principal figura de poder, sendo este aspeto aceite pelos restantes membros, com satisfação quanto à forma como a influência é exercida entre eles. Esta centralização do poder pode refletir um modelo tradicional de organização, mas também sugere a presença de uma liderança reconhecida, que contribui para a estabilidade do sistema familiar.

Relativamente às alianças e uniões, destaca-se a existência de uma forte aliança entre os pais, com satisfação expressa pelos membros quanto à forma como a família manifesta a sua coesão. Este dado é relevante, pois reforça a presença de vínculos afetivos sólidos, mesmo num contexto em que podem coexistir papéis rígidos ou dinâmicas exigentes.

Contudo, a avaliação realizada através do instrumento FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) revela uma família classificada como emaranhada e caótica, o que corresponde a um tipo de funcionamento extremo. Este perfil traduz uma coesão excessiva, em que os limites entre os membros são pouco claros, e uma baixa adaptabilidade, marcada pela dificuldade em ajustar-se às mudanças e em redistribuir os papéis ou regras familiares. Apesar disso, os membros percecionam a família como altamente funcional (segundo o APGAR familiar de Smilkstein), o que sugere que, apesar de existirem fragilidades estruturais na organização do sistema, há uma perceção subjetiva de suporte, pertença e satisfação nas relações familiares.

Este aparente paradoxo pode ser compreendido à luz das atuais configurações familiares, em que os vínculos emocionais se mantêm fortes, mesmo quando há rigidez ou desorganização

funcional. A centralização do poder na mãe, as alianças sólidas entre os pais e a percepção de funcionalidade podem estar a compensar as fragilidades apontadas na adaptabilidade e nos limites relacionais.

Assim, esta família apresenta uma dinâmica relacional marcada por vínculos fortes e coesão emocional, embora com necessidade de promover maior flexibilidade nos papéis, limites e processos de mudança, para garantir uma resposta mais saudável e equilibrada às exigências do ciclo vital e aos desafios externos.

3.2 Plano de Intervenção na Dimensão do Processo Familiar

Face aos juízos identificados nas diferentes dimensões funcionais da família, delinearam-se e implementaram-se intervenções específicas, com o objetivo de promover ajustamentos e fortalecer a dinâmica familiar (Quadro 3).

Em particular no que respeita à comunicação familiar, foi possível identificar dificuldades na expressão aberta dos sentimentos entre os membros da Família A. A comunicação foi considerada não eficaz, uma vez que os elementos da família não demonstraram satisfação relativamente à forma como os afetos e as emoções são partilhados. Esta limitação tornou-se evidente em contextos de maior exigência emocional, como o luto recente da avó materna (falecida em setembro de 2024), bem como na gestão do cansaço decorrente da convivência prolongada e da sobrecarga associada ao apoio mútuo em situações de doença crónica.

Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções com vista a promover a comunicação expressiva das emoções, através de momentos de escuta ativa e incentivo ao diálogo empático entre os membros do agregado familiar. O objetivo foi facilitar a partilha dos sentimentos, reduzindo tensões acumuladas e permitindo maior compreensão mútua.

Foi igualmente promovido o envolvimento de todos os elementos da família em pequenas decisões do quotidiano, valorizando o contributo de cada um como forma de reforçar a coesão familiar e o sentimento de pertença. Além disso, procurou-se otimizar o padrão de assertividade, encorajando a expressão clara das necessidades individuais de forma respeitosa e construtiva.

No decurso das intervenções, sugeriu-se ainda o planeamento de rituais familiares simples, como refeições conjuntas ou momentos de lazer partilhado, com o intuito de fortalecer os laços afetivos e criar oportunidades regulares de interação positiva. Estas ações favoreceram uma maior abertura na comunicação e indícios de melhoria na gestão emocional, representando avanços significativos no processo de adaptação familiar.

O coping familiar é não eficaz, uma vez que os membros da família manifestaram insatisfação relativamente à forma como os problemas são discutidos e enfrentados no contexto familiar.

Esta limitação torna-se evidente face os desafios vivenciados recentemente, nomeadamente o falecimento da avó materna, com quem existia um forte vínculo afetivo, e a perda de amigos próximos do Sr. P., ocorridas num curto intervalo de tempo. A estas situações somam-se as exigências associadas às patologias crónicas dos pais e à sobreposição de responsabilidades do filho, cujo regime de trabalho por turnos compromete a sua estabilidade emocional e participação no apoio familiar.

Perante este diagnóstico, foram implementadas intervenções com foco na promoção de estratégias adaptativas de coping, recorrendo à identificação de recursos internos da família, como a coesão relacional e o apoio mútuo. Procurou-se reforçar mecanismos de suporte emocional, facilitando momentos de partilha, escuta ativa e reconhecimento das emoções associadas ao luto e à sobrecarga do quotidiano.

Paralelamente, promoveu-se a negociação de estratégias de coping, através da mobilização dos membros da família para refletirem, em conjunto, sobre as dificuldades sentidas, redefinindo papéis e ajustando rotinas de forma a distribuir responsabilidades de maneira mais equitativa. Este processo favoreceu a autonomia individual e familiar, bem como potenciar uma resposta mais eficaz às exigências atuais, reforçando o sentido de controlo e de competência da família para lidar com futuras adversidades.

Na análise da interação de papéis familiares, identificaram-se sinais de conflito no desempenho e na definição dos papéis entre os membros da Família A. A coabitação prolongada do Sr. P., adulto funcional e profissionalmente ativo, com os pais, contribui para uma sobreposição de funções parentais, dificultando a transição para uma relação adulto-adulto. A manutenção de uma postura protetora por parte dos pais, associada à falta de redefinição clara de tarefas e responsabilidades, revela uma dinâmica saturada e pouco ajustada às exigências atuais do ciclo vital familiar.

Perante esta realidade, as intervenções centraram-se na avaliação dos conflitos associados aos papéis e na promoção da comunicação expressiva das emoções, criando espaço para a reflexão conjunta sobre as necessidades de mudança. Procurou-se ainda motivar a redefinição dos papéis familiares, incentivando o Sr. P. a assumir maior participação nas tarefas domésticas e no suporte mútuo, aliviando a sobrecarga dos pais.

Simultaneamente, foram promovidas estratégias de coping direcionadas ao papel parental, reforçando as capacidades previamente demonstradas pela família na gestão de desafios. A valorização do esforço de cada membro e a renegociação de responsabilidades contribuíram para a construção de uma dinâmica mais equitativa e funcional, promovendo o bem-estar coletivo.

Relativamente à relação dinâmica, os dados obtidos apontam para uma estrutura familiar disfuncional, evidenciada por baixos níveis de satisfação quanto à influência dos membros uns sobre os outros, resultados do instrumento FACES II (emaranhada e caótica) e um índice de Apgar de 8. Tais resultados indicam dificuldades na flexibilidade e coesão, aspetos essenciais para uma adaptação saudável às exigências externas e internas da família.

Com base nestes dados, foram implementadas intervenções com o intuito de otimizar o padrão de ligação entre os membros, favorecendo o desenvolvimento de uma dinâmica mais ajustada e colaborativa. Incentivou-se o envolvimento ativo de todos os elementos, promovendo a corresponsabilidade nas decisões e reforço do sentimento de pertença.

Adicionalmente, procurou-se otimizar a comunicação familiar e promover a expressão emocional autêntica, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos afetivos.

Quadro 3 Critérios Diagnóstico, Juízo e intervenções do foco de atenção Processo familiar (Figueiredo, 2020).

FOCO	CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	JUÍZO
Processo Familiar	Disfuncional	Disfuncional

DIMENSÃO	DADOS CARACTERIZAÇÃO	JUÍZO
Comunicação Familiar	Comunicação Emocional (Sem satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos)	Não Eficaz
Coping Familiar	Solução de problemas (os membros da família sentem-se insatisfeitos com a forma como se discutem os problemas).	Não Eficaz
Interação de Papeis Familiares	Interação de Papeis Familiares,	Conflitual
Relação Dinâmica	- A Família não demonstra satisfação quanto à influência de cada membro nos comportamentos dos outros - FACES II, emaranhada e caótica - Apgard 8	- Disfuncional - Disfuncional - Não disfuncional

INTERVENÇÕES	
Comunicação Familiar	- Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Otimizar a comunicação na família, - Planear rituais na família, - Otimizar padrão de assertividade.
Coping Familiar	- Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família, - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família
Interação de Papeis Familiares	- Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Avaliar os conflitos do Papel, - Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família, - Negociar a redefinição de papeis pelos membros da família, - Promover estratégias de coping para o papel, - Promover o suporte da família.
Relação Dinâmica	- Otimizar padrão de ligação, - Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Otimizar a comunicação na família.

4. Aplicação do Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

As intervenções foram orientadas pelo Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, conforme a Norma n.º 006/2019 da Direção-Geral da Saúde, a qual fornece diretrizes para a avaliação e intervenção no processo de luto. Para facilitar a compreensão e operacionalização dos diferentes momentos da avaliação, elaborei um fluxograma baseado nos instrumentos e critérios definidos pela norma (Anexo VIII). As intervenções de enfermagem foram definidas com base nos resultados dessa avaliação, utilizando os instrumentos recomendados. Estas permitiram identificar necessidades específicas do utente em luto, orientando respostas adequadas e personalizadas. As intervenções foram planeadas e executadas de acordo com os diagnósticos identificados, estando mapeadas aos termos da CIPE 2019, com foco na promoção do bem-estar emocional, redução do sofrimento e prevenção de complicações associadas ao luto prolongado.

Neste contexto, procedeu-se às seguintes etapas:

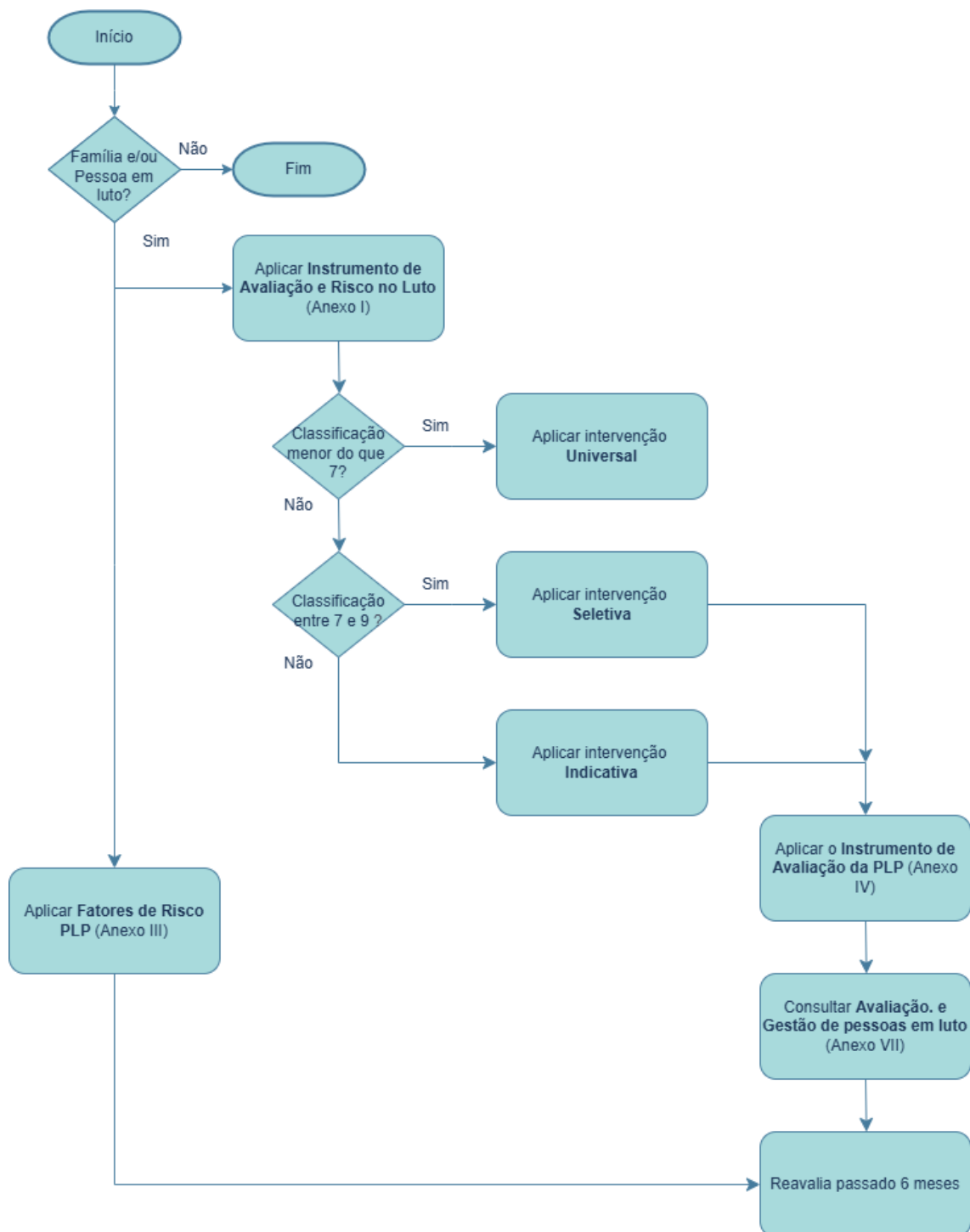
- Confirmação da situação de luto: identificou-se que a utente se encontrava em processo de luto, tendo sido aplicado o Instrumento de Avaliação do Risco no Luto (Anexo I).
- Pontuação obtida: 7 pontos, o que, conforme a norma, determina a necessidade de uma intervenção seletiva.
- Tipo de apoio: Após consulta do Anexo II (Modelo de Intervenção no Luto), concluiu-se que se tratava de apoio qualificado não diferenciado, tendo sido entregue o folheto informativo sobre o luto ao utente.
- Instrumentos adicionais aplicados:
 - Checklist de Fatores de Risco de Perturbação de Luto Prolongado (Anexo III) – Identificaram-se fatores como idade jovem do ente significativo, morte súbita e perdas múltiplas.
 - Avaliação da PLP (Anexo IV) – Com evidência de perturbação do funcionamento social e ocupacional.
 - Instrumento de Avaliação Estruturada da Perturbação de Luto Prolongado (Anexo VII) – Identificaram-se manifestações como tristeza, ansiedade e interação social comprometida.

Estes instrumentos permitiram uma avaliação abrangente e estruturada do processo de luto.

- Diagnósticos de enfermagem identificados:
 - Tristeza

- Ansiedade
 - Interação social comprometida
 - Processo de luto
- Intervenções de enfermagem: Foram traçadas intervenções mapeadas à CIPE 2019, com o objetivo de promover o bem-estar emocional e a reintegração social da utente (ver Quadro 4).
- Acompanhamento e continuidade de cuidados: Como orienta a Norma da DGS, procedeu-se à reavaliação do utente após 6 meses.

Anexo VIII - Fluxograma, operacionalização e aspetos práticos



Quadro 4 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (CIPE 2019)

FOCO	DIAGNOSTICO
• Processo de luto	• Processo de luto comprometido

INTERVENÇÕES
• Avaliar processo de luto • Apoiar no luto • Assistir a família no processo de luto • Avaliar processo de luto • Disponibilizar suporte emocional • Ensinar a família sobre o luto • Ensinar a pessoa sobre o luto • Ensinar sobre luto • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Referenciar para serviço médico •

FOCO	DIAGNOSTICO
• Tristeza	• Tristeza presente

INTERVENÇÕES
• Avaliar humor • Avaliar tristeza • Disponibilizar suporte emocional • Encorajar interação social • Encorajar tomada de decisão • Escutar • Gerir ambiente • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Planear atividades de lazer • Planear técnica de relaxamento • Vigiar comportamento

FOCO	DIAGNOSTICO
• Ansiedade	• Ansiedade Presente

INTERVENÇÕES

- Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade
- Assistir na ansiedade
- Avaliar ansiedade
- Disponibilizar suporte emocional
- Encorajar expressão de crenças
- Encorajar o auto -controlo: ansiedade
- Escutar
- Gerir ambiente
- Incentivar a comunicação de emoções
- Incentivar o apoio / suporte da família
- Incentivar o envolvimento da família
- Otimizar ambiente físico
- Planear técnica de distração
- Planear técnica de relaxamento
- Vigiar comportamento
- Vigiar resposta comportamental

FOCO	DIAGNOSTICO
• Interação social	• Interação social comprometida

INTERVENÇÕES

- Assistir a pessoa a identificar condições dificultadoras da interação social
- Avaliar interação social
- Encorajar interação social
- Incentivar interação social
- Incentivar interação social com grupo de suporte
- Incentivar o apoio / suporte da família
- Prevenir isolamento social
- Incentivar o apoio / suporte da família
- Incentivar o envolvimento da família
- Orientar para uso de técnicas de relaxamento
- Otimizar ambiente físico
- Planear técnica de distração
- Planear técnica de relaxamento
- Vigiar comportamento
- Vigiar resposta comportamental

Apêndice 3 – Estudo do caso II

Exemplo Prático 2: Intervenção junto de um adulto em luto com impacto familiar

1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL À LUZ DO MDAIF

Foi realizada uma avaliação centrada na família, com base no Modelo de Desenvolvimento e Adaptação da Família (MDAIF), utilizando o genograma (Figura 1) e o ecomapa (Figura 2), tendo-se identificado uma rede de apoio familiar reduzida e uma evidente sobrecarga emocional.

1.1. Composição da família

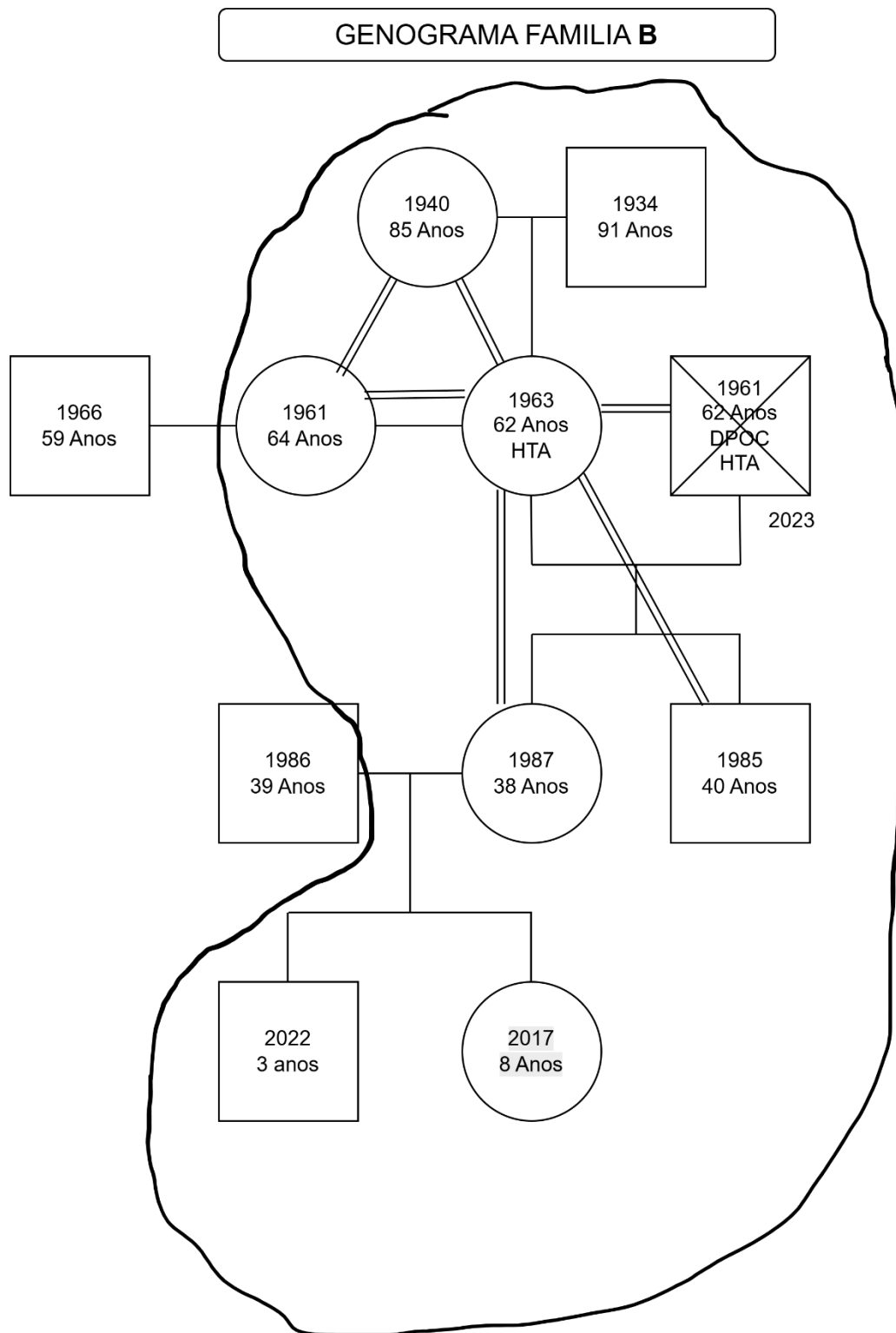
A Sra. A tem 62 anos (nascida em 1963). É viúva há 2 anos. O marido, com quem mantinha uma relação conjugal muito próxima, faleceu em 2023 aos 62 anos (nascido em 1961), vítima de enfarte. Era filho único e tinha diagnóstico de DPOC e HTA.

É filha de pais vivos, com 91 anos (pai, nascido em 1934) e 85 anos (mãe, nascida em 1940). Tem dois irmãos, uma com 64 anos (nascido em 1961) e outro com 59 anos (nascido em 1966). Tem dois filhos:

- Filha, nascida em 1987 (38 anos), casada, com dois filhos: um com 8 anos (2017) e outro com 3 anos (2022);
- Filho, nascido em 1985 (40 anos), solteiro, trabalhador e com vida independente.

Passados dois anos do falecimento do marido, a utente apresenta manifestações compatíveis com um **luto prolongado**, com impacto evidente no seu **estado** emocional e funcionamento familiar. Refere isolamento social, irritabilidade e dificuldade em retomar atividades habituais. Apesar da necessidade de referenciação para consulta de Saúde Mental, a utente recusou essa abordagem especializada.

Face a esta recusa, foi efetuada referenciação à médica de família, com o objetivo de dar conhecimento da situação e permitir orientação clínica adequada, tendo em vista a melhoria do estado emocional da utente e o seu bem-estar familiar.



Legenda:	
	Harmonia
	Amizade Próximo
	Feminino
	Masculino
	Falecimento

Figura 1. Genograma da Família B

1.2. Tipo de família

Família alargada, com filhos adultos. A Sra. A reside sozinha, mas mantém forte ligação com os filhos, pais e irmã

1.3. Família extensa

Os pais da Sra. A estão vivos e são uma fonte de suporte emocional. Há envolvimento da família alargada nos momentos de crise, embora com limitações associadas ao envelhecimento dos progenitores.

1.4. Sistemas mais amplos (Ecomapa)

A Sra. A tem contacto regular com os filhos, netos e vizinhos. Rede social reduzida e ligação com a comunidade religiosa. Frequenta a USF para controle da doença crónica (HTA).

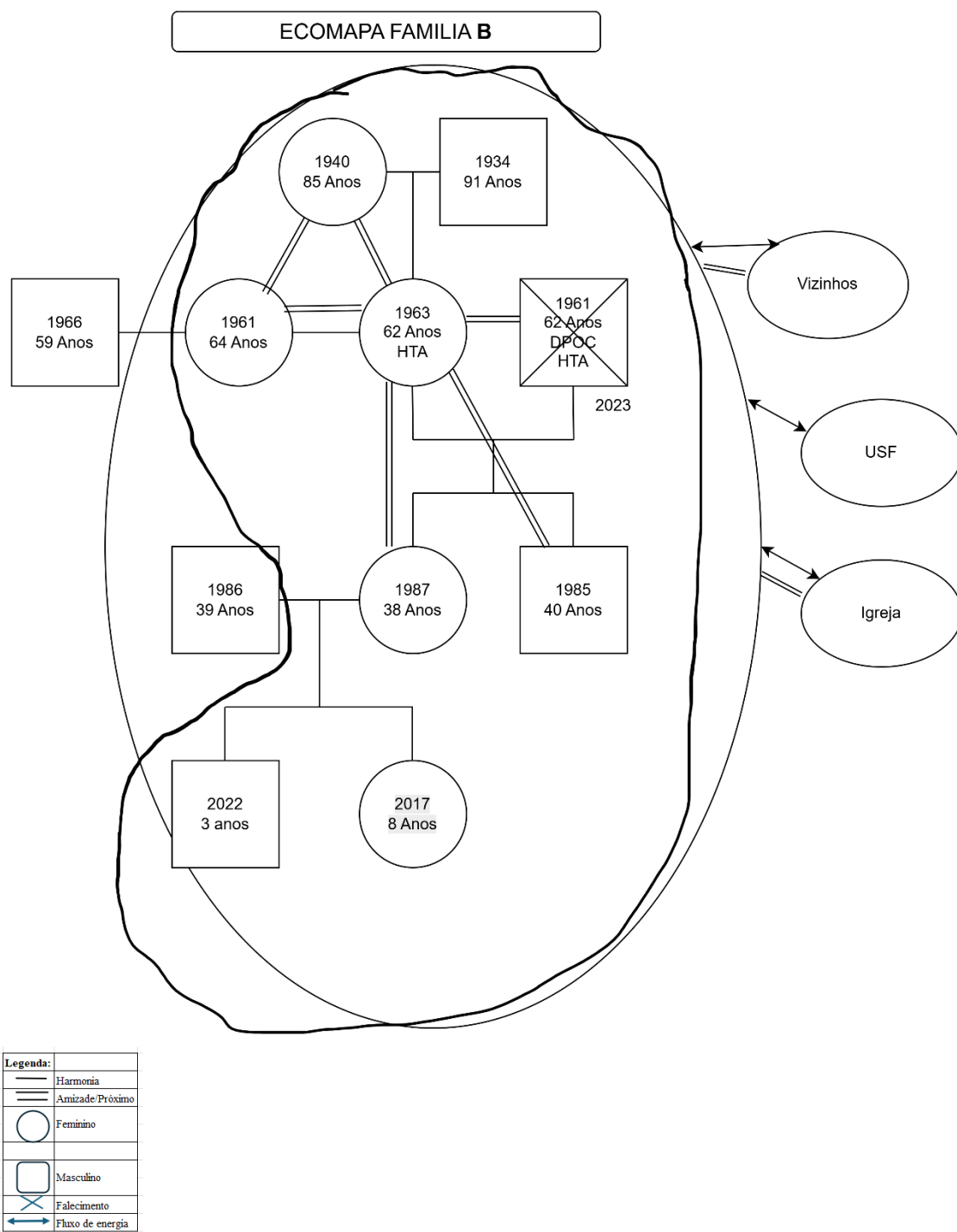


Figura 2. Ecomapa da Família B

1.5. Classe social

A Escala de Graffar, enquanto ferramenta de avaliação multidimensional da saúde familiar, permite identificar as condições socioeconómicas da família e, consequentemente, a sua classe social. Nesta família, o resultado obtido foi de cinco pontos, correspondendo à classe média-baixa, de acordo com os critérios definidos por Figueiredo (2020).

1.6. Edifício residencial e sistema de abastecimento

O edifício residencial representa o espaço de proteção e vivência da Sra. A. Segundo Figueiredo (2012), a avaliação do ambiente familiar deve contemplar aspetos como as condições de higiene, existência de barreiras arquitetónicas, sistema de aquecimento e fornecimento de energia.

A Sra. A reside sozinha numa casa unifamiliar de sua propriedade, situada numa zona antiga da cidade. A habitação apresenta-se estruturalmente salubre, embora com traços de construção antiga, e dispõe de condições de higiene adequadas. Está ligada à rede pública de abastecimento de água e ao sistema de saneamento básico.

A nível estrutural, destaca-se a presença de escadas no interior da casa, representando uma barreira arquitetónica potencial, especialmente no caso de alterações futuras da mobilidade.

A Sra. A utiliza gás de botija para cozinhar e para o aquecimento da água dos banhos. O aquecimento dos espaços é feito de forma elétrica e por compartimento, através de equipamentos móveis, que são ajustados conforme as necessidades de cada divisão da casa.

1.7. Ambiente biológico

Não existem animais domésticos na habitação da Sra. A. Não se identifica qualquer risco biológico relevante neste domínio.

Quadro1 Foco de atenção e juízo relacionados à Estrutura Familiar (Figueiredo, 2020).

FOCO	JUÍZO
Rendimento Familiar	Não insuficiente
Edifício Residencial	Seguro, Não negligenciado
Precaução de Segurança	Demonstrada
Abastecimento de Água	Adequado

2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO À LUZ DO MDAIF

No que respeita à dimensão do desenvolvimento, a família encontra-se na fase do ciclo vital correspondente a famílias com filhos adultos. Neste contexto, destaca-se a necessidade de reorganização pessoal e familiar, especialmente após eventos significativos como a viuvez.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978), a saúde familiar, no âmbito da prática clínica, não deve ser entendida apenas como a soma do bem-estar físico e mental de cada membro, mas também como o reconhecimento de que o estado de saúde de cada elemento influencia diretamente a qualidade das relações familiares (Figueiredo, 2020).

Neste sentido, o luto prolongado vivenciado pela Sra. A, com impacto no seu equilíbrio emocional, afeta também a dinâmica familiar, nomeadamente a relação com os filhos, dificultando a adaptação saudável à nova etapa do ciclo de vida.

Embora os filhos sejam financeiramente autónomos e não residam com a mãe, a utente manifesta insatisfação com o contacto mantido com ambos, referindo sentimentos de afastamento, solidão e falta de suporte afetivo.

A análise revelou que a Sra. A apresenta sinais de isolamento social e dificuldades na reorganização do seu papel familiar após a perda do cônjuge. Dois anos após o falecimento do marido, mantêm-se manifestações como tristeza profunda, saudade, raiva, ansiedade, labilidade emocional e pensamentos intrusivos relacionados com a perda. A utente também refere sintomas somáticos perturbadores, que contribuem para a sua retração emocional e distanciamento dos filhos e restantes familiares.

Este quadro evidencia um risco acrescido de sobrecarga emocional e uma limitação na capacidade de adaptação às exigências da fase atual do ciclo vital. Perante este contexto, foi identificado como foco de atenção o Papel Parental (famílias com filhos adultos). Com base nos critérios diagnósticos propostos por Figueiredo (2020), observou-se que a utente apresenta comportamento de adesão não demonstrado, evidenciado pela insatisfação com os vínculos familiares atuais e pela dificuldade em redefinir o seu papel enquanto mãe e avó.

Neste enquadramento, foram desenvolvidas intervenções centradas na promoção do ajuste familiar e emocional da utente. Procurou-se, em primeiro lugar, promover a comunicação expressiva das emoções, criando oportunidades para a partilha dos sentimentos relacionados com o luto e com as dinâmicas familiares atuais. Paralelamente, foi realizada a avaliação da saturação do papel parental, explorando com a utente as situações geradoras de sofrimento e afastamento.

Com o objetivo de reforçar a sua capacidade de adaptação, foram promovidas estratégias de coping direcionadas para o papel parental, valorizando recursos internos como a resiliência e a autonomia da utente. Neste processo, procurou-se também motivar para a redefinição das tarefas parentais, incentivando uma relação mais equilibrada e afetiva com os filhos, baseada na autonomia mútua e no reconhecimento das mudanças no ciclo de vida.

A negociação dessa redefinição foi conduzida de forma gradual, respeitando os ritmos e limites da Sra. A, e integrando sugestões de aproximação afetiva aos filhos, como encontros regulares ou envolvimento em atividades com os netos.

Adicionalmente, foi incentivado o envolvimento da família alargada, como forma de reforçar a rede de suporte emocional da utente e minimizar o impacto do isolamento.

Estas intervenções contribuíram para a reorganização da vida familiar e pessoal da Sra. A, promovendo a sua reintegração emocional e social, e apoiando o processo de adaptação ao novo papel que assume na atual fase do ciclo vital.

Quadro 2- Critérios de diagnóstico, juízo e intervenções do foco de atenção Papel Parental (família com filhos adultos) (Figueiredo, 2020).

FOCO	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO	JUÍZO
Papel Parental (família com filhos Adultos)	Comportamento de Adesão (Não satisfação com o contacto mantido com o filho)	Não demonstrado
INTERVENÇÕES SUGERIDAS - Promover a comunicação expressiva das emoções, - Avaliar as dimensões não consensuais de papel, - Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, -Promover a comunicação expressiva das emoções.		

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL À LUZ DO MDAIF

A dimensão funcional, segundo Figueiredo (2012), avalia os padrões de interação entre os membros da família e o seu impacto no bem-estar familiar, incluindo o papel de prestador de cuidados e o processo familiar. No caso da Sra. A, não existindo elementos dependentes, a análise funcional centrou-se exclusivamente no processo familiar.

3.1. Processo Familiar

Neste estudo, a análise do processo familiar revelou-se fundamental para compreender a forma como os membros da família interagem entre si e como essas relações influenciam a dinâmica interna do sistema familiar, entendido como um sistema em constante adaptação e transformação (Figueiredo, 2012).

Foram analisadas cinco dimensões fundamentais: comunicação, coping, interação de papéis, dinâmica das relações e crenças familiares.

Como apoio à avaliação, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Figueiredo, 2012), que permite identificar eventos potencialmente geradores de stresse e estimar o risco associado ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

Apesar de acontecimentos significativos, como a morte do cônjuge há dois anos e alterações na frequência das interações familiares, o valor total obtido foi inferior a 150 pontos, o que indica um nível de stresse baixo e, consequentemente, uma baixa probabilidade de impacto negativo na saúde física e emocional relacionado com esses eventos.

3.1.1 Comunicação Familiar

A comunicação familiar é reconhecida como um elemento central na construção da resiliência das famílias, na medida em que permite a partilha clara de ideias, a expressão genuína de emoções e a cooperação na resolução de dificuldades (Walsh, 2005; Figueiredo, 2023).

No caso em análise, a Sra. A refere que a comunicação emocional no seio familiar não é eficaz, uma vez que os membros não se sentem satisfeitos com a forma como os sentimentos são partilhados.

3.1.2 Coping Familiar

Segundo McCubbin, Olson e Larsen (1981), as estratégias de coping familiar são fundamentais para promover a resiliência e restaurar o equilíbrio face a situações adversas. Estas estratégias podem ser internas, quando a família recorre aos seus próprios recursos (ex: reenquadramento

cognitivo), ou externas, quando procura apoio fora do núcleo familiar, como amigos, vizinhos ou profissionais de saúde.

Destaca-se o reenquadramento como uma estratégia que permite à família atribuir novos significados à dificuldade vivida, promovendo maior flexibilidade e interrompendo padrões disfuncionais que perpetuam o sofrimento (Figueiredo, 2023).

Neste contexto, a avaliação do coping familiar evidenciou fragilidades significativas no processo de resolução de problemas. Verificou-se que não existe, no seio da família, nenhum membro que assuma a iniciativa de discutir ou enfrentar as dificuldades, o que contribui para um funcionamento pouco adaptativo. Assim, o coping familiar foi classificado como não eficaz.

3.1.3 Interação Familiar

A família, enquanto sistema dinâmico, encontra-se em constante adaptação às mudanças internas e externas, ajustando os seus papéis e funções para manter o equilíbrio e assegurar o seu funcionamento (Figueiredo, 2023). No caso da Sra. A, apesar de existir uma atribuição clara de papéis familiares, a interação de papéis revela-se não eficaz, uma vez que não se traduz em envolvimento ativo dos restantes elementos da família, embora não se identifiquem conflitos explícitos associados a essa distribuição.

A Sra. A desempenha de forma predominante os papéis de gestora da casa, cuidadora de si mesma e mantendo o vínculo familiar, assumindo estas funções com naturalidade. No entanto, a ausência de partilha efetiva dessas responsabilidades com os filhos e o distanciamento emocional atual contribuem para uma vivência marcada pela solidão e sobrecarga subjetiva.

Os filhos, embora independentes, mantêm uma relação pouco próxima com a mãe, o que limita na dinâmica familiar. Não existem manifestações de conflito ou desacordo direto, mas sim um funcionamento silencioso e desajustado, em que os papéis se mantêm estáticos, sem renegociação adaptativa após a perda do cônjuge.

Assim, a família apresenta uma estrutura de papéis estável, porém pouco flexível, onde a falta de envolvimento ativo e de interação significativa entre os membros compromete a eficácia da dinâmica familiar, mesmo na ausência de conflito aberto.

3.1.4 Relação dinâmica

A relação dinâmica diz respeito à qualidade das interações afetivas entre os membros da família, refletindo o grau de coesão, proximidade, apoio mútuo e capacidade de manter vínculos saudáveis ao longo do tempo (Figueiredo, 2023).

No caso da Sra. A, observa-se um afastamento emocional progressivo entre os elementos da família, particularmente entre a utente e os filhos. Apesar de não existirem conflitos declarados, a relação é marcada por distanciamento afetivo e contacto reduzido, o que compromete a expressão de afeto e o sentimento de pertença familiar.

A aplicação do APGAR Familiar resultou numa pontuação de 5 pontos, sugerindo uma disfunção moderada, na qual a família manifesta insatisfação com a forma como expressa a sua união. Este resultado é reforçado pelos dados da Escala FACES II, que evidenciam uma estrutura familiar com coesão desmembrada e adaptabilidade rígida. Estes padrões revelam fragilidade nos laços emocionais, baixa partilha de experiências e dificuldades na gestão de mudanças, como é o caso da perda do cônjuge.

Assim, a relação dinâmica da família A é considerada não funcional, uma vez que não promove o suporte emocional necessário à utente na fase de luto prolongado em que se encontra. A ausência de proximidade afetiva, aliada à rigidez nos papéis familiares e à falta de comunicação expressiva, dificulta o processo de reorganização emocional e social da Sra. A, agravando o risco de isolamento e sobrecarga subjetiva.

3.2 Plano de Intervenção na Dimensão do Processo Familiar

Com base na avaliação realizada segundo os critérios de Figueiredo (2020), identificou-se como foco de atenção o Processo Familiar, classificado como disfuncional. Esta disfunção reflete-se em várias dimensões avaliadas no âmbito do MDAIF, com impacto direto na capacidade da família se reorganizar e dar resposta à situação de luto prolongado vivida pela Sra. A.

A comunicação familiar foi considerada não eficaz, uma vez que os membros não se sentem satisfeitos com a forma como os sentimentos são partilhados, o que dificulta a expressão emocional e o reforço dos laços afetivos. Neste sentido, foram implementadas intervenções com o objetivo de promover a comunicação expressiva das emoções, otimizar os padrões comunicacionais, planear momentos familiares significativos e incentivar o envolvimento da família, favorecendo a escuta ativa e a empatia entre os elementos.

Relativamente ao coping familiar, observou-se também um funcionamento não eficaz, marcado pela ausência de iniciativa dos membros para discutir ou enfrentar os problemas em conjunto. Esta dificuldade foi abordada através de intervenções que procuraram promover e negociar estratégias adaptativas de coping, com enfoque na valorização dos recursos internos e no reforço do apoio familiar, tendo em vista a melhoria da capacidade de resposta à adversidade. No que diz respeito à interação de papéis familiares, ainda que não se verifiquem conflitos explícitos, a organização mostrou-se pouco eficaz, sobretudo pela acumulação de

responsabilidades por parte da Sra. A e pela ausência de redistribuição de tarefas após a perda do cônjuge. Neste domínio, as intervenções centraram-se em avaliar possíveis sobrecargas de papel, motivar e negociar a redefinição de papéis entre os membros da família, promover estratégias de coping para o desempenho dos papéis e incentivar o envolvimento ativo dos filhos e restante família.

A relação dinâmica da família foi considerada disfuncional, apoiada nos resultados do APGAR Familiar, que obteve uma pontuação de 5 (indicativa de disfunção moderada), e na Escala FACES II, que revelou um padrão de coesão desligada e adaptabilidade rígida. Estes dados sugerem baixa proximidade afetiva e dificuldade na adaptação a mudanças. Face a esta realidade, procurou-se otimizar o padrão de ligação entre os membros, promover a expressão emocional, reforçar o envolvimento da família e melhorar os canais de comunicação, com o objetivo de restaurar o sentido de pertença e de suporte mútuo.

Em suma, as intervenções no foco Processo Familiar tiveram como finalidade minimizar os efeitos da disfunção familiar identificada, fortalecer os vínculos afetivos, e estimular a reorganização adaptativa da família, permitindo à Sra. A ultrapassar, com maior suporte, a fase de luto e readquirir equilíbrio emocional e relacional.

Quadro 3 Critérios Diagnóstico, Juízo e intervenções do foco de atenção Processo familiar (Figueiredo, 2020).

FOCO	CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	JUÍZO
Processo Familiar	Disfuncional	Disfuncional

DIMENSÃO	DADOS CARACTERIZAÇÃO	JUÍZO
Comunicação Familiar	Comunicação emocional (não se sentem satisfeitos com a forma como os sentimentos são partilhados)	Não Eficaz
Coping Familiar	Solução de problemas (os membros da família sentem-se insatisfeitos com a forma como se discutem os problemas).	Não Eficaz
Interação de Papeis Familiares	Interação de Papeis Familiares,	Conflitual
Relação Dinâmica	- A Família não demonstra satisfação quanto à influência de cada membro nos comportamentos dos outros - FACES II, desligada e rígida - Apgard 5	- Disfuncional - Disfuncional - Disfuncional

INTERVENÇÕES	
Comunicação Familiar	- Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Otimizar a comunicação na família, - Planear rituais na família, - Otimizar padrão de assertividade.
Coping Familiar	- Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família, - Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família
Interação de Papeis Familiares	- Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Avaliar os conflitos do Papel, - Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família, - Negociar a redefinição de papeis pelos membros da família, - Promover estratégias de coping para o papel, - Promover o suporte da família.
Relação Dinâmica	- Otimizar padrão de ligação, - Promover a comunicação expressiva das emoções, - Promover o envolvimento da família, - Otimizar a comunicação na família.

4. Aplicação do Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

As intervenções seguiram o Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, conforme a Norma n.º 006/2019 da DGS, que orienta a avaliação e abordagem do luto. Para apoiar a sua aplicação, foi criado um fluxograma com base nos instrumentos e critérios propostos pela norma (Anexo VIII). A avaliação permitiu identificar necessidades específicas da pessoa em luto, orientando intervenções personalizadas de enfermagem, definidas a partir dos diagnósticos estabelecidos. Estas foram mapeadas à CIPE 2019 e centraram-se na promoção do bem-estar emocional, alívio do sofrimento e prevenção de complicações associadas ao luto prolongado.

Etapas seguidas:

- Instrumento de Avaliação do Risco no Luto (Anexo I): 10 pontos → recomenda-se apoio de especialista no luto
- Checklist de Fatores de Risco (Anexo III): idade avançada da pessoa em luto, manifestações de raiva, perda do cônjuge percepção subjacente de falta de preparação para a morte, falta de controle de sintomas.
- Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PLP) (Anexo IV): manifesta ansiedade pela separação, sintomas persistentes afetiva, cognitiva e comportamental e perturbação do funcionamento social e ocupacional..
- Instrumento Estruturado de Avaliação da PLP (Anexo VI)I: sintomas presentes, apresenta luto prolongado, com necessidade de referenciação para saúde mental.

Diagnósticos de Enfermagem identificados: (Quadro 4)

- Luto disfuncional
- Tristeza
- Ansiedade
- Interação social comprometida

Quadro 4 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (CIPE 2019)

FOCO	DIAGNOSTICO
• Processo de luto	• Processo de luto comprometido

INTERVENÇÕES
• Avaliar processo de luto • Referir para serviço médico • Apoiar no luto • Assistir a família no processo de luto • Avaliar processo de luto • Disponibilizar suporte emocional • Ensinar a família sobre o luto • Ensinar a pessoa sobre o luto • Ensinar sobre luto • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família

FOCO	DIAGNOSTICO
• Tristeza	• Tristeza presente

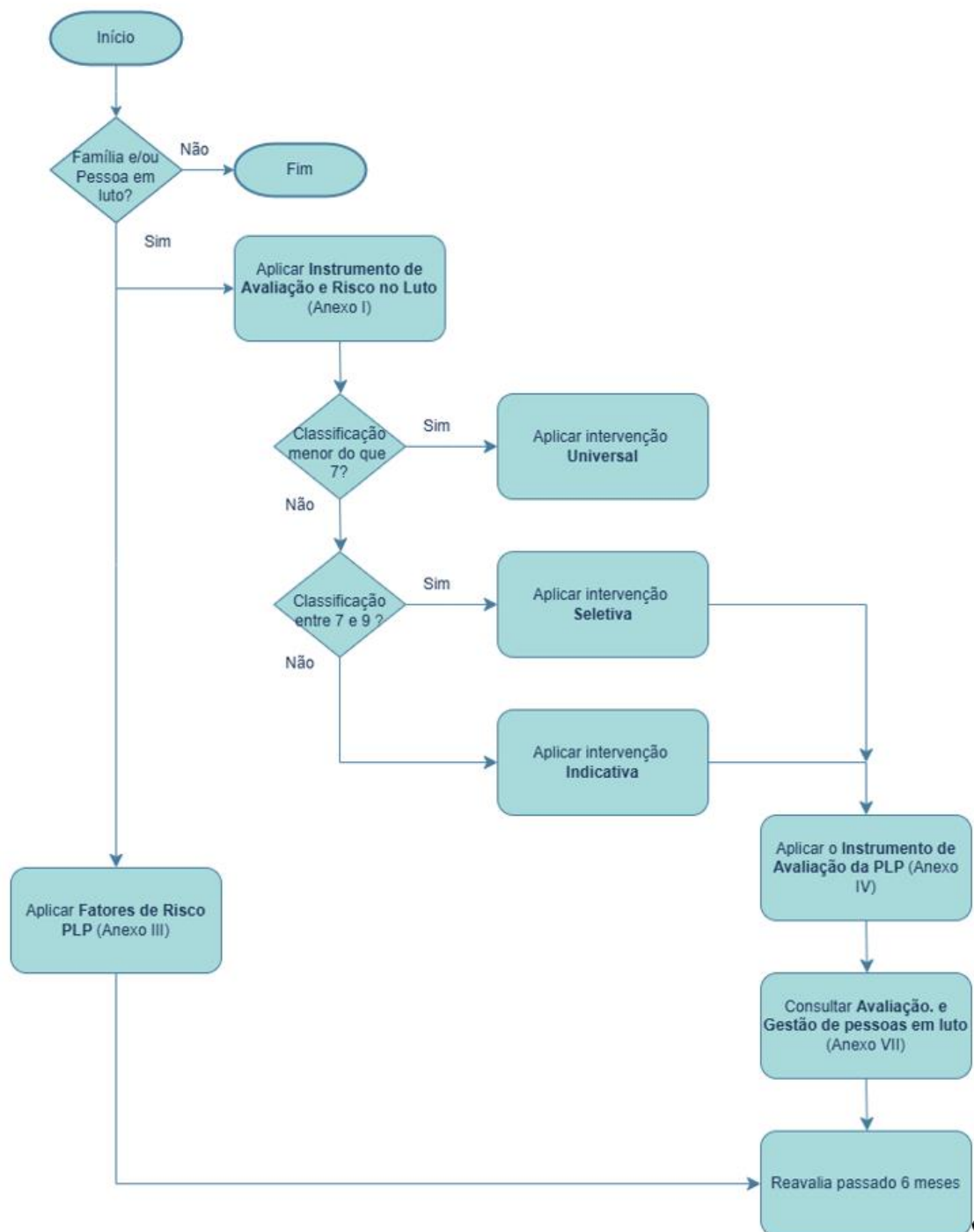
INTERVENÇÕES
• Avaliar humor • Avaliar tristeza • Disponibilizar suporte emocional • Encorajar interação social • Encorajar tomada de decisão • Escutar • Gerir ambiente • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar tomada de decisão • Otimizar comunicação • Planear atividades de lazer • Planear técnica de relaxamento • Vigiar comportamento

FOCO	DIAGNOSTICO
• Ansiedade	• Ansiedade Presente

INTERVENÇÕES	
• Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade • Assistir na ansiedade • Avaliar ansiedade • Disponibilizar suporte emocional • Encorajar expressão de crenças • Encorajar o auto -controlo: ansiedade • Escutar • Gerir ambiente • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Otimizar ambiente físico • Planear técnica de distração • Planear técnica de relaxamento • Vigiar comportamento • Vigiar resposta comportamental	
FOCO	DIAGNOSTICO
• Interação social	• Interação social comprometida

INTERVENÇÕES	
• Assistir a pessoa a identificar condições dificultadoras da interação social • Avaliar interação social • Encorajar interação social • Incentivar o apoio / suporte da família • Orientar a família para o serviço social • Orientar para o enfermeiro de família • Prevenir isolamento social • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Orientar para uso de técnicas de relaxamento • Otimizar ambiente físico • Planear técnica de distração • Planear técnica de relaxamento • Vigiar comportamento • Vigiar resposta comportamental	

Anexo VIII - Fluxograma, operacionalização e aspetos práticos



Apêndice 4 – Brochura luto

A Experiência do Luto

- O luto é único e pessoal: cada pessoa sente e expressa a dor de maneira diferente.
- Algumas pessoas vivenciam o luto de forma intensa e duradoura, enquanto outras o processam mais rapidamente.
- O luto pode manifestar-se de imediato ou surgir mais tarde.
- Datas especiais, como aniversários e festas, podem intensificar as emoções.

Manifestações do Luto

O luto pode surgir de imediato ou mais tarde e afetar diferentes aspectos da vida:

- Afetivas: tristeza, saudade, ansiedade, desinteresse, impaciência, irritabilidade.
- Físicas: aperto na garganta, pressão no peito, fadiga, dores de cabeça e musculares.
- Comportamentais: choro, agitação, alteração do apetite e do sono.
- Cognitivas: dificuldade de concentração, memória fraca, atordoamento.
- Sociais: isolamento, dificuldade em trabalhar e interagir com os outros.

Contacto:

253209240

USF Manuel Rocha Peixoto
Largo Paulo Orósio, 2º. 4700-036 Braga

Email

usf.mrpeixoto@ulsb.min-saude.pt

Website

<https://usfmanuelrochapeixoto.blogspot.pt/>

Trabalho realizado por: Enfermeira Gabriela Amorim aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar do EESS/IPVC com a orientação da Enfermeira Cristina Afonso.

Bibliografia: Direção-Geral de Saúde. (2019). Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf



Luto:
Compreender
e Lidar com a
Perda



O luto é uma resposta natural à perda de alguém ou algo significativo. Pode ser desencadeado pela morte de um ente querido, divórcio, separação, perda de um animal de estimação ou outras mudanças marcantes na vida. Embora doloroso, faz parte do processo de adaptação a uma nova realidade.



Onde Procurar Ajuda?

Nunca é tarde para pedir ajuda! Fale com um amigo, um grupo de apoio ou com a equipa de Saúde Familiar. Não está sozinho neste caminho.

LUTO PROLONGADO: QUANDO PROCURAR AJUDA

Se após 6 meses persistirem sintomas como:

- Sofrimento intenso e incapacitante,
- Reviver constantemente a perda,
- Dificuldade em aceitar a perda e evitar lembranças,
- Sentimentos prolongados de culpa, amargura ou incapacidade de sentir prazer,
- Dificuldade em retomar a vida quotidiana.

Considere procurar apoio profissional



Como cuidar de si durante o Luto

Manter o bem-estar emocional e físico é essencial:

- Respeite o seu tempo e expresse livremente os sentimentos.
- Preserve rotinas saudáveis de sono e alimentação.
- Pratique exercício físico regularmente.
- Encontre estratégias para gerir a ansiedade, como a respiração profunda.
- Promova momentos de descanso e distração.
- Procure apoio de amigos, grupos de apoio ou profissionais de saúde.

Apêndice 5 - Apoio no luto, guia para enfermeiros de saúde familiar



**Guia para Enfermeiros
de Saúde Familiar**

APOIO NO LUTO



APOIO NO LUTO

Guia para Enfermeiros de Saúde Familiar

Autores:

Enfermeira Gabriela Amorim

Enfermeira Tutora, Mestre e Especialista Cristina Afonso

Orientadora, Professora Doutora Catarina Alves

Orientadora, Professora Doutora Manuela Cerqueira

Índice

Introdução	3
1. Compreender o Luto	4
2. Avaliação do Risco no Luto	7
3. Monitorização e Acompanhamento	10
4. Medidas de Boas Práticas	10
Bibliografia	12
Anexos.....	13

Introdução

Este guia tem como objetivo fornecer orientações e ferramentas para que os enfermeiros possam apoiar de forma eficaz os indivíduos e as famílias em processo de luto.

O luto é um processo natural e complexo que afeta profundamente a saúde emocional e psicológica dos indivíduos. No contexto dos cuidados de saúde familiar, a abordagem adequada do luto é essencial para promover o bem-estar e minimizar os impactos negativos associados (Freitas et al., 2021).

O enfermeiro de família, pela sua proximidade com as pessoas e continuidade nos cuidados, desempenha um papel fundamental na aplicação dessas diretrizes. A sua intervenção deve considerar as diferentes dimensões do luto e as necessidades individuais e familiares. Embora o luto seja amplamente estudado, as estratégias específicas que os enfermeiros podem utilizar ainda carecem de maior exploração.

1. Compreender o Luto

O luto é uma reação natural a perdas significativas, não se limitando à morte, mas abrange diversas formas de perda.



Luto e processo de luto

O Luto é um processo emocional intenso e individual, no qual a pessoa aprende a conviver com a ausência e a reformular a sua relação com o que foi perdido.

O processo de luto é complexo e vivido de forma única, influenciado pela cultura, pelo meio e pelo contexto da perda.

O luto envolve quatro fases:

- Fase do entorpecimento (na fase inicial do luto, que pode durar horas a uma semana, é comum a dificuldade em aceitar a perda, com episódios intensos de aflição, raiva e, por vezes, crises de pânico);
- Fase de anseio e busca da figura perdida (esta fase pode durar meses ou anos, marcando a interiorização da perda, com desânimo, aflição, inquietação, insônia e preocupação constante com o que foi perdido);
- Fase de desorganização e desespero (confronto da permanência da perda, vivenciando desmotivação, mas pode começar a avaliar a situação e considerar formas de enfrentá-la, apesar da dor);
- Fase de reorganização, em maior ou menor grau, (na fase final do luto, ocorre uma reorganização emocional, com maior tolerância às mudanças da perda e a possibilidade de investir afetivamente em novos objetivos).

Fatores que influenciam o luto

- A natureza da perda (esperada ou inesperada, traumática ou natural);
- O grau de ligação emocional com quem ou o que foi perdido;
- O suporte social e familiar;
- As crenças culturais e religiosas sobre a morte e a perda;
- A história pessoal e experiências prévias com perdas significativas.

(Direção-Geral da Saúde, 2019)

Mitos sobre o luto

- O luto segue um conjunto de fases determinadas

Embora o modelo de Kübler-Ross sugira estágios, cada pessoa vive o processo de forma única, podendo não passar por todas as etapas ou revisitá-las em momentos diferentes (Bousso, 2011).

- O Luto tem um tempo determinado

O luto é um processo contínuo, sem um fim definido. Podendo ser revivido em momentos significativos. Torna-se complicado quando afeta a autonomia da pessoa, mas mesmo sem essa limitação, o apoio profissional é essencial para garantir uma vivência saudável do luto (Oliveira et al., 2021).

- As pessoas devem "ultrapassar" o luto

Andrade, Barbieri e Mishima-Gomes (2017) referem que o luto envolve aceitar a morte, viver a dor, adaptar-se à ausência e encontrar novos significados. Esse processo é pessoal e pode precisar de apoio profissional (Oliveira et al., 2021).

- O luto é uma experiência negativa

O luto é um processo natural e necessário, não sendo uma experiência permanentemente negativa. Em vez disso, é uma fase transitória que envolve o trabalho emocional de desvincular-se do objeto perdido, permite que a pessoa eventualmente siga em frente, reinvestindo novas relações ou interesses (MEURER, 2022).

- Deve evitar falar sobre a pessoa que faleceu

Falar sobre a pessoa que faleceu pode ser fundamental para ajudar na reconstrução da vida, promovendo a esperança e a resinificação da perda (Bousso, 2011).

- Crianças não vivenciam o luto da mesma forma que os adultos

Embora as crianças expressem o luto de maneira diferente, elas também vivenciam essa dor. O apoio familiar e social é crucial para que possam desenvolver mecanismos de adaptação saudáveis (Costa & Laport, 2019).

- O Luto deve ser vivido individualmente

Embora o luto seja um processo pessoal, o apoio profissional pode ser essencial, especialmente em sociedades onde o estigma sobre a morte pode levar à vivência isolada dessa dor (Oliveira et al., 2021)

- A Cura do luto significa esquecer

Para Andrade, Barbieri & Mishima-Gomes, 2017 o trabalho de luto envolve aceitar a morte, viver a dor, adaptar-se à nova realidade e encontrar novos significados a partir da perda. Não se trata de esquecer, mas de integrar a experiência de forma saudável (Oliveira et al., 2021).

- O Luto é uma resposta exclusiva à morte

O luto também pode ocorrer devido a outras perdas significativas, como separações, mudanças drásticas na vida ou perda de capacidades (Bousso, 2011).

- O Luto é um processo de curta duração

O luto não tem uma duração determinada, podendo variar amplamente de pessoa para pessoa (Bousso, 2011).

2. Avaliação do Risco no Luto

2.1 Aplicar o Instrumento de Avaliação de Risco no Luto, com base nas informações da Norma nº 003/2019:

Aplicar o **instrumento de avaliação de risco no luto (Anexo I)** a todas as famílias em luto. Este instrumento considera a presença de risco de Perturbação de Luto Prolongado (PLP)

Este **instrumento avalia**:

- Raiva;
- Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável;
- Relações atuais;
- Capacidade de adaptação ao luto.

2.2 Classificação e Intervenção

A intervenção no luto deve ser implementada de acordo com a classificação obtida na avaliação de risco (Anexo I):

Classificação <7: Intervenção universal, que consiste em informação e apoios básicos sobre o luto;

Classificação entre 7-9: Intervenção seletiva, com referência para serviços de Saúde Mental;

Classificação ≥ 10: Intervenção indicativa, com referência para consulta de luto.

2.3 Intervenções e Encaminhamentos

Com base na classificação de **avaliação de risco no luto Anexo I, o Modelo de Intervenção no Luto (Anexo II)** define o tipo de intervenção necessária:

Intervenção Universal: Dirigida a todas as pessoas em luto com necessidades básicas de apoio, através da disponibilização de informação e apoio por familiares, amigos, profissionais de saúde e técnicos de serviço social.

Intervenção Seletiva: Para pessoas com sintomas leves ou moderados ou com risco de desenvolver PLP, o apoio é realizado por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, conselheiros de luto e voluntários com formação qualificada.

Intervenção Indicativa: Para pessoas com necessidades complexas, a intervenção é diferenciada e realizada por profissionais de saúde mental com formação diferenciada em luto prolongado, nas consultas de luto das unidades-piloto.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE), os diagnósticos de enfermagem formulados para luto são os seguintes (Conselho internacional de Enfermeiros, 2019):

Quadro1: Diagnósticos e intervenções do foco Processo de Luto e Luto

Foco		Processo de Luto
Diagnostico	Sem processo de luto comprometido	Processo de luto comprometido
	Avaliar processo de luto	Avaliar processo de luto
Intervenções		Assistir a família no processo de luto
		Apoiar no luto
		Disponibilizar suporte emocional
		Ensinar a família sobre o luto
		Ensinar a pessoa sobre o luto
		Ensinar sobre luto
		Escutar
		Incentivar a comunicação de emoções
		Incentivar o envolvimento da família
Foco		Luto
Diagnostico	Luto	Luto disfuncional
	Apoiar no luto	Apoiar no luto
Intervenções	Avaliar luto	Avaliar luto
	Ensinar a pessoa sobre o luto	Ensinar a pessoa sobre o luto
	Ensinar sobre luto	Ensinar sobre luto

Nota: Diagnósticos e intervenções do foco Processo de Luto e Luto (Conselho internacional de Enfermeiros, 2019)

Apesar de não haver uma ligação direta entre a aplicação da norma da DGS e a CIPE é possível inferir que a CIPE documenta as intervenções de Enfermagem implementadas em cada um dos níveis definidos pela norma da DGS.

Por exemplo:

Na intervenção universal (Classificação <7), que consiste em informar e apoio básico sobre o luto, os enfermeiros podem utilizar a CIPE para documentar ações como “Avaliar luto”, “Avaliar processo de luto”, “Ensinar sobre luto”, “Ensinar a família sobre o luto”, “escutar”.

Na intervenção seletiva (classificação entre 7-9), o apoio do enfermeiro e as intervenções podem ser registados através das ações “Avaliar luto”, “Avaliar processo de luto”, “Incentivar a comunicação de emoções” e “Incentivar o envolvimento da família”. Na articulação com médicos, psiquiatras e psicólogos, pode-se registar a intervenção “Referenciar para profissional de saúde”.

Na intervenção indicativa (Classificação ≥ 10), com referenciação para consulta de luto o acompanhamento especializado também poderia ser documentado utilizando “Avaliar luto”, “Avaliar processo de luto”, “Referenciar para profissional de saúde”.

Enquanto a norma da DGS define um processo de avaliação de risco e níveis de intervenção específicos para o luto, a CIPE descrever as intervenções de Enfermagem que os enfermeiros realizam no âmbito desses níveis de intervenção. A CIPE complementa a norma da DGS, permitindo uma documentação mais precisa e comparável das práticas de Enfermagem no apoio a pessoas em luto.

2.4 Identificação de Fatores de Risco Adicionais

Na anamnese, o profissional de saúde deve **identificar fatores de risco de PLP** junto dos familiares perante situações de morte ou morte iminente, utilizando uma checklist de fatores de risco.

Esta **checklist** avalia e documenta a situação de luto nas seguintes dimensões:

Pessoais (ex: género feminino, antecedentes psiquiátricos, vinculação insegura); Interpessoais (ex: perda de um filho ou cônjuge, falta de suporte familiar); Circunstanciais (ex: morte súbita e violenta, dificuldades económicas).

Sempre que possível, **complementar o instrumento de avaliação de risco no luto (Anexo I)** com a **checklist dos fatores de risco de PLP (Anexo III)**.

2.5 Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PLP)

Para pessoas que necessitam de **intervenção seletiva ou indicativa**, aplicar o **instrumento de avaliação da PLP (Anexo IV)**. Este instrumento avalia critérios como evento, ansiedade de separação, persistência dos sintomas, sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental, e perturbação do funcionamento social e ocupacional.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, os profissionais de saúde podem consultar o **documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto (Anexo VII)** para auxiliar na avaliação clínica e personalizar o acompanhamento.

3. Monitorização e Acompanhamento

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, os profissionais de saúde podem consultar o **documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto (Anexo VII)** para auxiliar na avaliação clínica e personalizar o acompanhamento.

Avaliação Inicial (Antes dos 6 meses):

O objetivo desta avaliação é identificar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de Perturbação de Luto Prolongado (PLP). Devem ser utilizados os instrumentos de avaliação de risco no luto (Anexo I), a checklist de fatores de risco de PLP (Anexo III) e o modelo de intervenção no luto (Anexo II).

Reavaliação (A partir dos 6 meses):

Nesta fase, o objetivo é reavaliar a situação do luto e aplicar o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado, que se encontra no Anexo IV. Este instrumento permite avaliar se a pessoa em luto preenche os critérios para o diagnóstico de PLP.

4. Medidas de Boas Práticas

Adotar medidas de boas práticas na prevenção da PLP, tanto no processo de final de vida como após a morte, como partilhar informações claras, valorizar os cuidados da família e desenvolver competências nos profissionais.

Ao seguir estas diretrizes, os enfermeiros de saúde familiar estarão mais bem preparados para identificar e apoiar as famílias em luto, garantindo que recebem o nível de intervenção adequado às suas necessidades.

Este processo faseado permite:

- Identificar precocemente pessoas em risco de desenvolver PLP.
- Encaminhar as pessoas em luto para o nível de intervenção adequado, de acordo com as suas necessidades específicas (intervenção universal, seletiva ou indicativa).
- Monitorizar continuamente o processo de luto e ajustar as intervenções conforme necessário.
- É importante complementar estas avaliações com o documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto (Anexo VII), para auxiliar na avaliação clínica e personalizar o acompanhamento de cada pessoa.

Bibliografia

- Bousoo, R. S. (2011). *A complexidade e a simplicidade da experiência do luto*.
- Conselho internacional de Enfermeiros. (2019). *Navegador da CIPE/ICN*.
- Costa, K. A. da, & Laport, T. J. (2019). Família e sociedade uma análise sobre o processo do desenvolvimento humano. *Mosaico*, 49–55.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf
- Freitas, M. da G., Quitério, M. de F., Garcia, A. C. G., & Felício, M. M. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021/2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maior.aspx>
- MEURER, K. L. P. D. S. A. B. (2022). *O LUTO, A HISTÓRIA E A PSICANÁLISE: UM SENTIDO POSSÍVEL*.
- Oliveira, A. R. B. de, Arruda, E. C. de, Blogoslawski, I. de M., & Sartori, R. S. (2021). Reflexões sobre a morte, o luto e as intervenções possíveis. *Conversas Em Psicologia*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.33872/conversaspsico.v1n1.reflexoes>

Anexos

Instrumento de avaliação de risco no luto (Anexo I)

Modelo de Intervenção no Luto (Anexo II)

Checklist dos fatores de risco de PLP (Anexo III)

Instrumento de avaliação da PLP (Anexo IV)

Folheto Informativo (Anexo V)

Documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto (Anexo VII)

Fluxograma, operacionalização e aspetos práticos (Anexo VIII)

Anexo I - Instrumento de avaliação de risco no luto



ANEXOS

ANEXO I- Instrumento de avaliação do risco no luto

	Fatores de Risco	Indicadores	Pont.
1	Raiva	Nenhuma Irritação leve Moderada (explosões de raiva ocasionais) Severa (com prejuízo das relações) Extrema (sempre amargurado/a)	1 2 3 4 5
2	Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável	Nenhuma Leve (vaga e geral) Moderada (pensamentos acusatórios) Severa (preocupação com auto-culpabilização) Extrema (problema maior de culpa)	1 2 3 4 5
3	Relações atuais	Família próxima e muito apoiante Família moderadamente apoiante Família distante Desconfiança em relação à disponibilidade dos outros Sem perceção de suporte	1 2 3 4 5
4	Capacidade de adaptação ao luto	Boa (luto normal, adaptação sem ajuda) Razoável (provavelmente consegue adaptar-se sem ajuda) Duvidosa (pode precisar de ajuda de especialista) Má (requer ajuda de especialista) Muito má (requer urgente ajuda de especialista)	1 2 3 4 5

Total: _____

A = Ausente Baixo risco (Pont. < 7)	Providenciar informação sobre luto e disponibilizar folheto se necessário
B = Atenção Moderado risco (Pont. 7-9)	Disponibilizar folheto e encaminhar para serviços de saúde mental locais
C = Recomendar apoio de especialista no luto Elevado risco (Pont. ≥ 10)	Disponibilizar folheto e encaminhar para consulta de luto

Fonte: Adaptado de Ministry of Health Manatu Hauora, Te Ara Whakapiri Toolkit. New Zealand Government: 2017.
Available from: http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=13

Anexo II - Modelo de Intervenção no Luto

Anexo II- Modelo de intervenção no luto

Nível	%Enlutados (estimados*)	População-alvo	Tipo de apoio	Quem apoia	Parceiros
Universal (Pont. < 7)	56%	Todas as pessoas em luto (luto normal) Necessidades básicas	Informação sobre luto e sobre apoios básicos disponíveis	Família/ Amigos Informação fornecida por profissionais de Saúde e da área de Serviço Social	Comunidade Local Cuidados de Saúde Primários Hospital Cuidados continuados integrados
Seletiva (Pont. 7-9)	34%	Pessoas em luto com risco de desenvolver necessidades complexas Necessidades intermédias	Rastreio e apoio qualificado não diferenciado	Médicos, Psiquiatras, Psicólogos Enfermeiros Técnicos Superiores da área de Serviço Social Conselheiros de luto e voluntários com formação qualificada no luto	Hospital Cuidados de Saúde Primários Cuidados Continuados Integrados Cuidados Paliativos
Indicativa (Pont. ≥ 10)	10%	Pessoas em luto com necessidades complexas	Intervenções diferenciadas	Profissionais de Saúde com formação avançada em luto prolongado (consulta de luto individual/grupal)	Unidades-Piloto

* Aoun, S.M., Breen, L.J., Howling, D.A., Rumbold, B., McNamara, B. & Hegney, D. (2015). Who needs Bereavement support? A Population Based Survey of Bereavement Risk and Support Need. PLoS ONE 10 (3): e0121101. doi:10.1371/journal.pone.0121101.

Anexo III - Checklist dos fatores de risco de PLP



Anexo III- Checklist de fatores de risco perturbação no luto prolongado

FAMILIARES	S/N	Observações
Fatores Pessoais		
Género feminino		
Idade jovem do ente significativo		
Idade avançada da pessoa em luto		
Antecedentes psiquiátricos		
Tentativas suicídio prévias e/ou ideação suicida		
Consumo de substâncias		
Lutos anteriores não integrados		
Estilo de vinculação inseguro		
Negação persistente/coping evitante/ruminação		
Manifestações intensas de culpa / raiva		
Incapacidade de atribuir significado à perda		
Neuroticismo		
Fatores Interpessoais		
Perda de filhos/cônjuge		
Relação de marcada dependência		
Relação conflituosa		
Relação conflituosa/ ambivalente		
Falta de apoio sócio-familiar		
Crises familiares não resolvidas		
Projetos truncados/assuntos pendentes		
Impossibilidade de cumprir rituais religiosos/espirituais		
Fatores Circunstanciais		
Morte súbita		
Morte violenta (suicídio, homicídio ou acidente)		
Perdas múltiplas		
Perceção subjetiva de falta de preparação para a morte		
Cuidador principal do doente		
Falta de controlo de sintomas		
Relações disfuncionais com profissionais de saúde		
Imagem demarcada/ deterioração do doente		
Sobrecarga do cuidador		
Presença de menores na família		
Problemas económicos		

Adaptado: Barbosa, A. & Coelho, A. (Eds.) 2014. Mediadores do luto. Núcleo Académico de Estudos e Intervenção no Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa.

Norma nº 003/2019 de 23/04/2019

18/29

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa - Portugal | Tel: +351 21 843 05 00 | Fax: + 351 21 843 05 30 | E-mail: geral@dgs.min-saude.pt | www.dgs.pt

Anexo IV - Instrumento de avaliação da PLP

Anexo IV- Avaliação da perturbação de luto prolongado- PG-13

Instruções- Parte I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- ☐ 1= Quase nunca
- ☐ 2= Pelo menos uma vez
- ☐ 3= Pelo menos uma vez por semana
- ☐ 4= Pelo menos uma vez por dia
- ☐ 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a relação perdida?

- ☐ 1= Quase nunca
- ☐ 2= Pelo menos uma vez
- ☐ 3= Pelo menos uma vez por semana
- ☐ 4= Pelo menos uma vez por dia
- ☐ 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- ☐ Não
- ☐ Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

- ☐ 1= Quase nunca
- ☐ 2= Pelo menos uma vez
- ☐ 3= Pelo menos uma vez por semana
- ☐ 4= Pelo menos uma vez por dia
- ☐ 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu estonteado, chocado/a ou confuso pela sua perda?

- ☐ 1= Quase nunca
- ☐ 2= Pelo menos uma vez
- ☐ 3= Pelo menos uma vez por semana
- ☐ 4= Pelo menos uma vez por dia
- ☐ 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique como um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE 3: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

____ Não ____ Sim

Observações:

Fonte: Delalibera MA, Coelho A, Barbosa A. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado. Acta Med Port. 2011; 24(6): 935-942.

Critérios de cotação- PG-13

Critérios	Descrição
I- Evento	Morte de um familiar há, pelo menos, 6 meses
II- Ansiedade de separação	Resposta às questões 1 e 2 com valor de 4 ou 5
III- Persistência dos sintomas	Resposta à questão 3 afirmativa
IV- Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental	Das questões 4 a 12, 5 respostas com 4 ou 5
V- Perturbação do funcionamento social e ocupacional	Resposta à questão 13 positiva

Anexo V – Folheto Informativo

Anexo V- Folheto Informativo

As necessidades da pessoa em luto

O sofrimento da perda pode ser aliviado com o apoio de pessoas que sabem compreender e partilhar os sentimentos da pessoa em luto.

Para que a pessoa se sinta apoiada é importante que possa:

- Falar livremente dos seus sentimentos sem ser julgada pela forma como expressa a sua dor;
- Dispor de tempo e meios para cuidar de si e da sua própria saúde;
- Ter tempo para estar só e descansar ou para estar acompanhada e distrair-se, de acordo com a sua própria vontade.

O que pode fazer para se sentir melhor?

Quando se está em luto pode haver uma tendência para descuidar os cuidados pessoais e a autoestima.

É importante que mantenha hábitos de saúde como:

- Rotinas de sono e de alimentação;
- Atenção aos sinais do corpo e níveis de cansaço;
- Estratégias face à ansiedade como, por exemplo, respirar profunda e calmamente;
- Prática de exercício físico regular;
- Procura de ajuda nos amigos, ou ajuda num grupo de apoio, ou junto de um profissional de saúde.

Onde procurar ajuda?

**...Nunca é tarde demais para pedir Ajuda!
Não necessita de resolver tudo sozinho!**

REPUBLICA PORTUGUESA
SNS
DGS

O LUTO

Compreender o processo de luto e o mal-estar que pode estar associado vai ajudar a conhecer reações que provavelmente nunca experimentou e a lidar melhor com o sofrimento da perda.

A experiência de luto

- O luto é uma resposta natural à perda de alguém próximo.
- Embora doloroso, o luto faz parte do processo de adaptação a uma nova realidade na ausência física da outra pessoa.
- Afeta a pessoa no seu todo, bem como a sua relação com os outros e com a vida em geral.

O luto é único e pessoal

- Algumas pessoas reagem de forma mais intensa do que outras;
- Em alguns casos, o período de luto é breve, mas noutros pode prolongar-se durante vários anos;
- Há pessoas que expressam o luto imediatamente após a morte, outras só mais tarde;
- Na família, cada pessoa poderá reagir de forma diferente, embora a dor seja comum a todos;
- As crianças também sentem a perda, mas manifestam-se de forma diferente em relação aos adultos.

Em alguns momentos especiais (datas de aniversário, festas de família) é natural que as recordações ou reações sejam mais intensas.

Manifestações do luto

As respostas a uma perda são a forma da mente e do corpo se adaptarem ao que ocorreu. Podem ter manifestações diversas:

- Afetivas**
Tristeza, saudade, ansiedade, desânimo, desinteresse, impaciência, irritabilidade, vazio.
- Físicas**
Aperto na garganta, pressão no peito, boca seca, fraqueza, tremores, fadiga, dores de cabeça e musculares.
- Comportamentais**
Choro, agitação, alteração do apetite, alteração do sono.
- Cognitivas**
Dificuldades de concentração e de memória, atordoamento, confusão e dificuldade em tomar decisões.
- Sociais**
Dificuldade em trabalhar, tendência ao isolamento social.

+ O processo de luto faz-se normalmente por avanços e recuos.

+ Progressivamente, a maioria das pessoas encontra, com a ajuda de familiares e amigos, uma forma de lidar com os seus sentimentos de perda e gradualmente retomar a sua vida.

Manifestações de luto prolongado

Considere a possibilidade de consultar um profissional de saúde, se apresentar de forma persistente (mais de seis meses) alguns destes sintomas:

- Sofrimento físico e emocional relacionado com a impossibilidade de encontrar com o ente significativo;
- Sentimento de revolta, de choque e atordoamento;
- Sensação desagradável de voltar a passar pela experiência repetidas vezes;
- Dificuldade em aceitar a morte e evitamento das recordações relacionadas com a morte ou o ente significativo;
- Sentimentos de amargura, culpa, desconfiança, incapacidade para experimentar prazer e prosseguir com a vida;
- Dificuldade em se concentrar, retomar a atividade profissional e outras tarefas da vida diária.

Anexo VII - Documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto

Anexo VII

Avaliação e gestão de pessoas em luto

Nesta tabela, fornecemos orientação baseada em estudos observacionais de pessoas em luto, através de pesquisas de especialistas e observações de doentes e clínicos. Lembramos aos clínicos que cada indivíduo tem manifestações únicas de luto que são moldadas por quem morreu, como morreu, bem como o seu contexto cultural e religioso. Avaliação clínica criteriosa é o "padrão de ouro".

	Luto normal até 6 meses Nos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	Luto normal após 6 meses Depois dos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	Luto prolongado (pelo menos 6 meses após a morte de um ente significativo)
Sentimento de anseio/saudade	✓✓✓	✓	✓✓✓
Tristeza	✓✓✓	✓	✓✓✓
Ansiedade / raiva / culpa	✓✓	✓	✓✓✓
Dificuldade para se envolver com outras pessoas ou atividades de vida quotidiana	✓	-	✓✓✓
Aumento da reatividade fisiológica e/ou emocional a lembranças da perda	✓✓	✓	✓✓✓
Pensamentos ou memórias intrusivos do falecido	✓✓	✓	✓✓✓
Mudanças no sentimento de si próprio	✓	-	✓✓
Ruminação sobre pensamentos perturbadores com a morte ou a perda	✓	-	✓✓✓
Evitamento de lembranças de que a pessoa desapareceu	✓	-	✓✓✓
Níveis elevados de emotividade com dificuldade em regular emoções	✓	-	✓✓✓
Perturbações de sono	✓✓	✓	✓
Dor física e outros sintomas somáticos perturbantes	✓✓	-	✓✓
Estratégias de gestão sugeridas	Normalizar os sintomas do luto e tranquilizar a pessoa. Considerar referenciá-lo para profissionais de saúde mental se os sintomas forem graves ou incomuns.		Referenciar para saúde mental ou para consulta de luto.
	Fornecer folheto sobre o luto.		
	Agendar <i>follow up</i> de 6-8 meses após a perda ou mais cedo se necessário.	Agendar <i>follow up</i> consoante as necessidades.	

✓ Pode estar presente

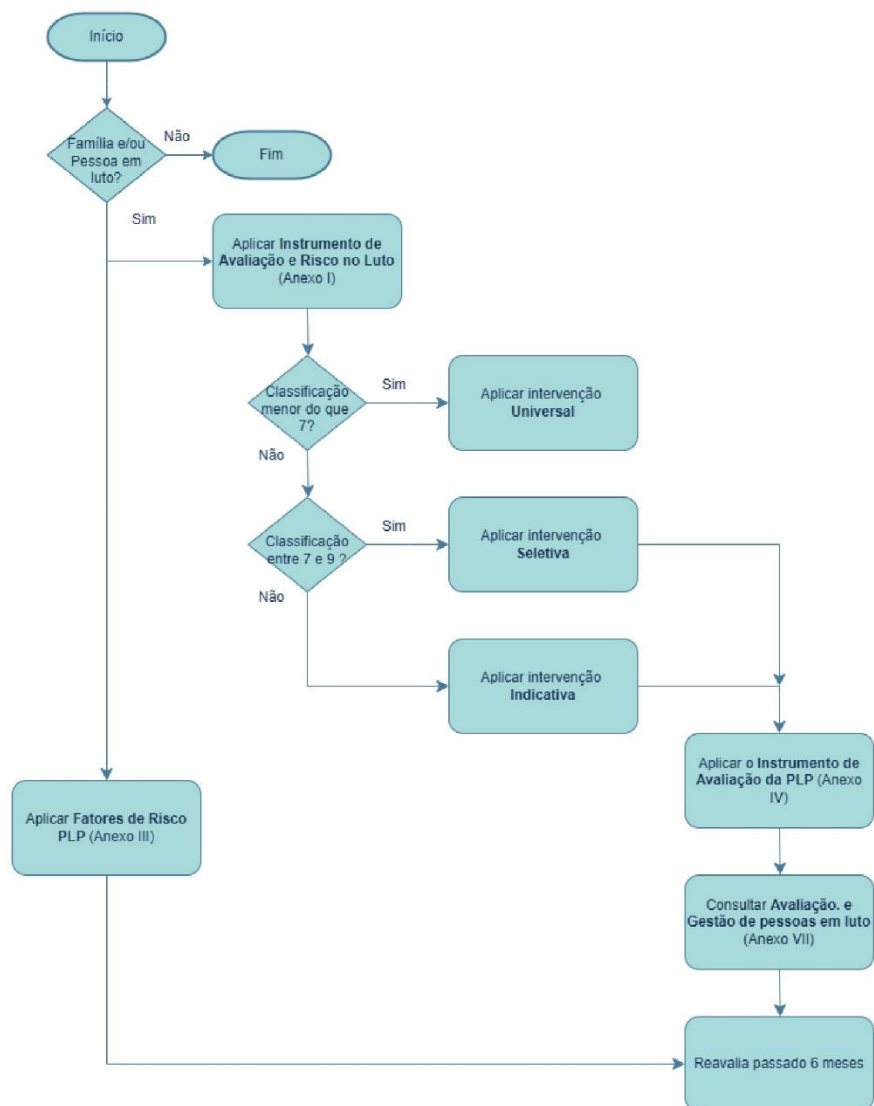
✓✓ Muitas vezes presente

✓✓✓ Quase sempre presente

- Não presente

Adaptado: Shear, M. K., Mulderberg, S., & Periyakoil, V. (2017). Supporting patients who are bereaved. *BMJ*

Anexo VIII - Fluxograma, operacionalização e aspetos práticos



Apêndice 6 – Boletim informativo - abril 2025

SABIA QUE....

As regras do email alteraram?

- Ao abrigo da lei da proteção de dados, a USF Manuel Rocha Peixoto, **deixa de executar** pedidos online, via email, de pedidos de **declaração** (qualquer tipo) sendo as mesmas requisitadas **apenas ao balcão**.
- Por **email** serão apenas tratados os envios de **exames, fisioterapias, terapia da fala e ocupacional ou baixas**.
- Para **tudo o resto**, deve fazer o seu pedido eletronicamente através do nosso link: <https://forms.office.com/e/EaBEqjvnHx>.



AUTORES: Lúcia Ferraz e Sofia Fernandes, Secretárias Clínicas

FALAR DE LUTO É FALAR DE SAÚDE

O que é o Luto?

O Luto é um **processo emocional intenso e individual**, no qual a pessoa aprende a conviver com a ausência e a reformular a sua relação com o que foi perdido. É único e pessoal, influenciado pela cultura, pelo meio e pelo contexto da perda. Não tem uma duração definida e pode manifestar-se de forma diferente em cada pessoa, pode surgir de imediato ou manifestar-se mais tarde. Datas especiais como aniversários podem intensificar as emoções.

Como se manifesta?

A perda pode manifestar-se de diversas formas, incluindo **emoções intensas**, como tristeza, ansiedade, culpa, saudade e raiva; **sintomas físicos**, como cansaço, dores corporais e alteração no apetite ou no sono; **mudanças comportamentais**, como isolamento, dificuldade em concentrar-se ou em retomar a rotina; e **reações sociais**, como sentir-se incompreendido ou isolar-se socialmente.

Tipos de perda

Em qualquer momento da vida, todas as pessoas passam por perdas. Embora a perda esteja frequentemente associada à morte de alguém significativo, também pode surgir **noutras situações de grande impacto emocional**, por exemplo: o fim de uma relação, um aborto, a perda de um emprego, um diagnóstico de doença, a saída dos filhos de casa, a perda de um animal doméstico, mudanças drásticas na vida ou perda de capacidades, entre outras.

Como lidar com o Luto?

Para lidar com o luto é essencial **expressar as emoções** em vez de as reprimir. **Procurar apoio**, partilhando o que sente com alguém de confiança, pode ajudar a aliviar o peso da perda. **Cuidar de si**, mantendo rotinas como uma alimentação equilibrada, descanso adequado e alguma atividade física, é igualmente importante. **Respeitar o seu tempo de adaptação** é uma etapa essencial neste processo.

Quando procurar ajuda profissional?

Se a intensidade das emoções persistirem ou aumentarem, é importante considerar **procurar ajuda de um profissional de saúde**. Na Unidade de Saúde Familiar (USF), o seu enfermeiro de família ou médico de família podem apoiá-lo nesse processo, delinear um plano personalizado que o ajude nessa transição, promovendo o crescimento pessoal e a adaptação necessária.

AUTORES: Enfermeira Gabriela Amorim, mestranda em Enfermagem de Saúde Familiar da EESS/IPVC | Cristina Afonso e Nuna Sousa, Enfermeiras de Família

Meurer, K. L. P. D. S. A. B. (2022). O luto, a história e a psicanálise: um sentido possível. | Direção-Geral da Saúde. (2019). Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. Bouso, R. S. (2011). A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. | https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf. | Oliveira, A. R. B. de, Arruda, E. C. de, Blogoslawski, I. de M., & Sartori, R. S. (2021). Reflexões sobre a morte, o luto e as intervenções possíveis. *Conversas Em Psicologia*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.33872/conversaspico.v1n1.reflexoes>



Apêndice 7 – Análise de dados

ÁREA TEMÁTICA 1– INTERVENÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1. Oferecer suporte	Favorecer a expressão de sentimentos e emoções	(...) perceber como é que as pessoas estão a gerir (...) quais são as expectativas que têm, os sentimentos (...) E1 (...) Estou-me a lembrar assim de algumas intervenções, tipo do escutar, da expressão de emoções...(...) E2 (...) Expressarem o que é que sentem, não é? (...) E3 (...) perceber o que sente e de que forma é que nós podemos ajudar (...) E6
	Proporcionar informação	(...) quando sabemos que há um luto e os utentes quando vêm cá, eu tento sempre abordar essa temática e perceber como é que as pessoas estão (...) E1
	Escutar	(...) Tentei sempre ter uma escuta ativa de deixar a pessoa falar, não é? (...) E3 (...) a intervenção que talvez considere mais importante é escutar (...) E4 (...) é escuta, escutar e... E6 (...) O escutar, apoiar... e pouco mais... E7

2.Oferecer Conforto		(...) é consolo, não é? Não é não, às vezes não é estar a fazer uma grande intervenção, às vezes é dar consolo que é que eles querem (...) E3 (...) o apoio, o apoio emocional ao utente e o ele saber que pode contar connosco... e que é... E5
3.Esclarecer dúvidas antes da morte do familiar		(...) Quando há aquela situação de debilidade do utente da doença e dúvidas que lhes começam a surgir, que eles recorrem para esclarecer e para tentar perceber o que é que aquilo acontece tanto a nível domiciliário como a nível de internamento. Já tive utentes que... O filho ... e assim,... que tinham familiares internados e que vinha aqui perguntar, é normal estar a acontecer...E4
4. Facilitar a adaptação à perda		(...) se houver alguma coisa, algum ponto que a gente pode ajudar a dizer que aquilo foi positivo ou que pode ver aquilo numa perspetiva positiva, tentar orientar a pessoa para esse ...é acho que é a nossa intervenção... nossa (...) E4

ÁREA TEMÁTICA 2– VANTAGENS IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NO APOIO AO FAMILIAR EM LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1.Facilita a identificação de preditores de risco de luto complicado		(...) numa visita numa consulta posterior. Voltamos a fazer, volto a fazer o mesmo e consigo perceber se a pessoa está a lidar melhor ou não com o luto, não é? E depois, se achar que é necessário também fazer não a referenciação, mas aconselhar. Isto é uma, pessoa que tem algumas condições económicas atendendo aos recursos que nós temos e se vejo que está mesmo numa fase muito primária, tento aconselhar nesse sentido. Quem não consegue, tentamos fazer a referenciação (...) E1 (...) é assim acompanhado que são poucas, como do luto patológico ou se calhar, não diria até luto patológico, mas com luto mais demorado, que leva mais tempo a resolver... E7
2. Favorece o estabelecimento de uma relação de confiança		(...) às vezes, só o simplesmente o ir, o estarmos um pouco com eles e dar-nos a possibilidade, que eles sabem onde é que nós estamos, para se precisarem de algum apoio, eles depois vêm cá diretamente. Não será uma questão de eficácia, mas de conforto, do sentir que tenho ali algo que a pessoa se pode segurar, para ter alguma ajuda nesta fase. Quando é uma questão continuada, falo isto mais a nível domiciliário, eles sabem que nós estamos ali e que vamos 2 vezes por semana...Sabem quem somos e que estamos ali para o que for preciso (...) E2.

3. Facilita a decisão		(...) Eu perguntei-lhe: a tua avó soube, chegaste a conseguir dizer à tua avó que estavas grávida? Ela disse que sim. Ela se partiu, partiu tranquila. Se calhar tu deves ter-lhe dado a tranquilidade que ela precisava para partir... e isto foi-se... e agora já fala da gravidez, como uma coisa positiva. Já acho que conseguiu interiorizar uma coisa que foi logo negativo, não é? Foi um processo muito doloroso, mas consegui ver ali alguma coisa positiva que lhe desse um modo para conseguir seguir nesta esta fase... E4 (...) uma ideia do feedback que as pessoas dão, não é? Do quanto foi importante uma conversa, do qual foi importante... até darmos... assim abrímos alguns caminhos, algumas alternativas que possam fazer sentido para aquela pessoa, mas é só percecionada, não é? Eu com acho que foi um bom trabalho, mas é o que eu acho, mas... E6
4. Promove a aceitação		(...) O falarmos, na ansiedade mesmo no luto em si... porque muitas vezes, àquela fase de negação, não aceitam a morte porquê o meu pai, porquê a minha mãe, porquê, porquê? E tentamos em conjunto chegar... E5 Às vezes sim, tenho feedback. No final dizem, muito obrigada. Já vou daqui melhor, já me vou... acho que vou conseguir daqui para a frente...E6

ÁREA TEMÁTICA 3– DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR NO APOIO AO FAMILIAR EM LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1.Rever valores pessoais		(...) Acho que pronto é um tema cada vez mais falado, mas muitas vezes acho que aplicamos também um bocadinho pelo aquilo que nós já vivenciamos, não é? Algumas estratégias (...) E1. (...) uma experiência muito marcante para mim, ou seja, eu acho que a nossa experiência pessoal, no caso do luto, pode ajudar quando estamos a entrevir junto de famílias (..) E6
2.Saber enfrentar a degradação do estado de saúde		(..) Há e há aqueles utentes que nós os vimos aí sentados a rir... a conversar, contar histórias... E depois vemos o processo de debilidade... a não conseguir vir... vir de cadeira de rodas, vemos passar para o estado depressivo, e tentar ver se conseguimos levantar aquele humor... E depois, às vezes levanta outras não... depois vai chega à fase de acamado... Depois estamos ali e acaba por ser um sofrimento prestar ali cuidados, não é? Ver às vezes... ver o estado que a pessoa chega... tendo noção da interação que já tivemos, não é? Eu tive isso... tive um caso relativamente recente. Já vai há uns mesitos, não é? Mas que me marcou muito e que me custava até fazer o domicílio porque...Às vezes eu notava que falava e que ele me reconhecia, que ele sabia quem era, outras vezes não (...) E4.

3. Criar momentos de partilha		(...) é importante também temos as 2 partes e uma parte mais pior e outra melhor. É porque acho que eles também se calhar... Depois já foi essa família, não aceitam muito a morte a Senhora e não foi fácil gerir aquilo, porque eu disse, eu tentei fazer. O melhor mas se calhar eu acho que foi quase uma primeira experiência que me marcou mais a... sim já foi aqui na na... na unidade e...e que marcou mais e é aquela e... e que se calhar acharam que poderíamos fazer mais, mas há coisas que não é fácil isso, essas sensações pronto.... Ah, ah, ah, e tal enquanto tive outra Senhora que a família ajudou, por exemplo, só para dar este pormenor, por exemplo, a nível, ao viu-se que que não é fácil ajudar a família a que a Senhora não queria, não queria. Estava a deixar de viver pronto, Senhora de 95 anos ia... E na hora, não vamos entuba-la porque não vamos pôr em sofrimento e ela acabou por falecer em descaso e, pá, mas não é fácil. Também é e eles também com as famílias.... porque acho que aquela família também tem ensina muito a gente também (...) E3
4.Enfrentar a dimensão emocional		(...) que é importante é o nosso próprio conhecimento do luto e a nossa própria gestão emocional (...) E1 (...) temos contactos e às vezes é também a num demonstrar certas emoções, não é tentar, não podemos estar a também aa quase a chorar com a pessoa...claro que sentir e é normal e...e... Mas tentar tirar a parte boa do que a pessoa era do isto é e tal para também não, não, não as minhas emoções não, não surgirem... Porque eu também a nível profissional e pessoal também... não normalmente a pena nível do luto. Não consigo gerir a nível de demonstrar pronto, fico muito para dentro muito consigo e tal, mas tento por isso é que comecei isso de mim. Se tento ...não é... com os utentes (...) E3

		(...) Eu considero que eu tenho alguma facilidade em controlar emoções. Acho que sim, que não, não me deixo... Não é balar, mas não, não me envolvo ao ponto de ser patológico para mim, pronto (...) E6
5.Saber enfrentar a negação do familiar		É desafiador, mas às vezes sinto-me um bocado impotente não conseguir... que a pessoa ... se sinta melhor, mesmo depois de falar com alguns utentes, estão sempre e durante vários meses na fase da negação. O não aceitar (...) E5
6. Desenvolver os conhecimentos técnicos e científicos		(...) O luto é muito complexo, não é? E nós não temos grande formação em luto. Tivemos enquanto unidade tivemos uma formação o ano passado, no fim do ano passado. Uma formação sobre o luto que foi muito positiva e que foi-nos dada por uma colega psicóloga que integra a equipa dos cuidados paliativos que nos veio falar... Pronto em termos gerais assim e muito, muito sintéticos, né? Porque é um tempo reduzido do luto normal e do luto patológico e aquilo e as intervenções que nós poderíamos fazer e a partir de quando é que deveríamos intervir num luto pronto... Portanto, eu não tenho assim um grande conhecimento sobre o luto, a não ser que vá ler, a não ser que vá fazer alguma formação específica, não é? Não faz parte do nosso curso base (...) E7

ÁREA TEMÁTICA 4– ESTRATÉGIAS DE COPING MOBILIZADAS PELOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA PARA LIDAR COM O FAMILIAR EM LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1. Reflexão sobre as experiências pessoais vividas		(...) As tuas próprias vivências que te ajudam a superar. E fazes a tua gestão com aquilo que já vivenciaste com algum sofrimento que já passaste. Que também te ajuda um bocadinho a perceber-te (...) E1.
2. Colocar-se no lugar do outro		(...) A colocar-te no lugar do outro. Eu costumo dizer, só sabe quem passa por elas. E é aí que eu tenho conseguido (...) E1
3. Recurso às crenças		(...) Rezava todos os dias, ao pai, para me dar força para me ajudar. Rezava por ela também, porque ela também era... sou católica e ela também era (...) E2
5. Recurso à reflexão		Vivemos as. Coisas. Nós somos... possamos aqui, somos seres humanos e... e não somos assim diferentes dos outros, não por ser profissionais, não somos é e às vezes é. É importante isso tentar pronto, fizemos melhor, por isso vamos ter tempos, costuma dizer na consciência limpa, não é ... E3

6. Recurso ao exercício físico		tento o exercício físico pronto também tento. Tento um bocado também de relaxamento, tento também manter mais tranquilo certas coisas, pá e tentar um bocadinho às vezes também separar as coisas (...) E3
7. Prevenção de burnout		Eu estabeleci um critério comigo, eu já tive situações com utentes que faleceram que eu tive conhecimento e que eu até gostava de ter ido ao funeral, pelas pessoas que foram. não vou não é por não haver respeito, não é isso. Eu Não posso diferenciar assim os utentes. Eu sou enfermeira de família, de todos os utentes. Posso ter uma relação mais próxima com uns do que com outros por por diversos motivos. Mas Eu Não posso dizer que vou ao funeral de uns e que não vou a outros. Isto também me ajuda a proteger, claro (...) E4 (...) é difícil como passei por isso, às vezes parece que estou a viver o momento deles, mas tento me abstrair... e apoiá-los e... e dar força e pensar que não é só aquela pessoa. Não são só a eles que estão a passar por isso. Claro que cada um é cada um, mas tento abstrair-me também da minha experiência (...) E5 (...) eu consigo distinguir profissional, pessoal... Depende da personalidade acho. Sim, sim, deixo-me emocionar, mas não me deixo afetar. Ou seja, estou (...) E6

8. Manter a qualidade de cuidados		(...) Encaminhei sempre para onde era necessário, disponibilizei nessa data até disponibilizei o meu número de serviço, que também estava disponível 24 horas para os utentes ... ninguém me telefonou de noite, mas sempre que foi necessário e precisavam de mim... dispus do meu tempo. Nestas 2 situações específicas eu disponho do meu tempo para ajudar, porque achei que era necessário. Era necessário, pronto nesse sentido, pronto. Nesse sentido superei aí não é, não tenho nenhum, não tenho nenhuma assim, nenhum trauma, nenhuma dificuldade em falar sobre isso (...) E7
--	--	--

ÁREA TEMÁTICA 5– NECESSIDADES DO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR PARA LIDAR COM O FAMILIAR EM LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1. Formação		Formação para uma consulta estruturada para lidar para as famílias (...) E1 (...) Temos que apoiar as famílias em todo o ciclo vital e é aí que eu quero chegar, se calhar nem toda a gente tem o à-vontade para estar a lidar com. Se tivesse formação talvez tivesse mais à-vontade para lidar com estas situações (...) E2 (...), tem que ser feito formação e a ainda este ano fizemos aqui com a. Com uma psicóloga da parte dos paliativos para para para para ter sobre coisas agora e sempre alguma coisa mais, quantas mais ferramentas... foi a nossa psicóloga... pronto e foi com e às vezes a ela até nos indica, por exemplo, filmes e outras coisas para ler...E3 (...) Mais formação nesta área. A comunicação com o utente, como devemos comunicar com ele (...) E5 (...) Teríamos que ter nós, enfermeiros ter formação específica nessa área ou então ter alguém para encaminhar para.... para ajudar que também não temos nem os serviços de psicologia cá estão... E7

2. Apoio de Psicólogo		(...)E aí tive uma ajuda, uma psicóloga. Não é, que me orientou e na altura da despedida, a pessoa disse que ia morrer. Eu aí já não disse, não vais morrer, pois tentei perceber o que é que queria que fosse feito e ouvir o que me queria dizer antes de isso acontecer. Sim, mas, portanto, eu própria já era profissional de saúde. Tive que ter. Alguém a orientar, não é? ter alguém que me orientasse um bocadinho nesse sentido e as pessoas não aceitam, mesmo sabendo que aquilo está para acontecer. No fundo nós sentimos. Até mesmo o próprio doente. Eu acho que sim. Nós não conseguimos lidar e tentarmos sempre tapar o sol com a peneira quando as coisas vão para acontecer e eu acho que não estamos... Nós estamos, não se fala mesmo em termos familiares, não se fala de luto. Mesmo com as crianças, foge-se muito da dessa temática, tenta-se sempre fugir. Não se falam dessa possibilidade (...) E1.
3. Manuais sobre a intervenção no luto		O recurso a um manual que orientasse na prática seria muito bom porque ajudava a orientar-nos..., tudo aquilo que eu, que eu que eu falei é um bocadinho empírico (...) E4
4. Momentos de partilha de experiências reais		(...)Eu acho que numa fase inicial poderíamos ter... partilhar experiências, ou seja, quando falo de informação onde formação teórica é sempre importante e pode acrescentar alguma coisa. Mas se calhar. Pegar em colegas de diferentes unidades, não é? E perante determinada situação, se há estudos de caso, imaginemos...O que é que se fez perante aquela família? O que é que o outro faria diferente, quase como um debater de ideias para se chegar a uma se calhar, ...vamos chegar

		à mesma conclusão, não é? Se calhar. Vamos chegar à conclusão que o importante é escutar, ouvir e... a forma de comunicar... E6
--	--	---

ÁREA TEMÁTICA 6– SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR PARA APOIAR O FAMILIAR EM LUTO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
1. Formação	baseada em casos clínicos	(...) Acho que era importante termos algumas definições, de algumas estratégias de como atuar perante a família. Às vezes, o tipo de abordagem para conseguirmos também manter um certo distanciamento (...) A formação nesse sentido, não só à parte teórica. Porque isso nós pesquisamos e conseguimos obter essa informação (...) E1 (...) Pronto acho que também formação nesta área também seria pronto. Seria ideal, sem dúvida...para ajudar e articular com outras profissionais (...) E7
	área da psicologia,	(...), seria formação mais na área da psicologia (...) E1 Formação na nesta área da psicologia é uma área da psicologia (...) E2
	na área da comunicação	(...) na área da comunicação. Porque a comunicação é muito importante, não? E1
2. Articulação com os cuidados paliativos		(...) eu também tenho colegas do meu curso que estão nos paliativos e tento também muitas vezes falar com eles e às vezes encontra aqui no no edifício e tenta olha isto aqui agora fizemos isto e eles também não é. E agora também temos equipa tanto a nível de cuidados de saúde primários e hospitalar. Depois é que às vezes também, pois dão su porte e às vezes tentar com essas equipas às vezes (...) E3

3. Guia de consulta no luto		(...) Um guia de consulta seria muito importante. Nós é assim, nós muitas vezes vamos falar diretamente com a psicóloga. Conseguimos agilizar de uma forma mais rápida...E5
4. Realizar pesquisas na área do luto		(...) Não se calhar... fazer trabalhos nesta área pode ajuda-nos a... a pensar também na nossa prática, não é? O facto de teres feito isto faz com que nós também... fiquemos mais alerta para a importância de... trabalharmos o luto e termos cá mais disponibilidade para as famílias e mostrar essa disponibilidade às famílias... para o que precisar e é sempre bom, não é (...) E6
5. Apoio psicológico		(...) Acho que poderíamos e deveríamos ter um apoio psicológico aqui ou nos serviços, de um psicólogo que tivesse mais direccionado para luto, sem ser agora colega, os colegas que trabalham nos paliativos para se nós precisássemos para nos ajudarem em consulta ou em até em domicílio para nos ajudarem a lidar com estratégias e, portanto, nós fazermos o elo de ligação, porque conhecemos as famílias, não é? E depois, em conjunto com um psicólogo, haver também... as estratégias método para lidar com essas situações (...) E7

Apêndice 8 – Consentimento informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA
NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde**

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Eu, Maria Gabriela Ferreira Amorim, estudante do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a realizar o Estágio de Natureza Profissional, decorrente do plano de estudos do 2º ano, na USF Manuel Rocha Peixoto.

Tendo em conta o diagnóstico de necessidades já realizado, o tema da minha investigação será "Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar com Famílias em Processo de Luto"..

Para desenvolver este estudo, aplicarei uma entrevista aos enfermeiros da USF Manuel Rocha Peixoto, e farei uma análise de conteúdo a partir das respostas obtidas.

Através deste documento, solicito autorização para a realização da entrevista, salvaguardando os princípios éticos de anonimato e confidencialidade dos entrevistados. Os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação.

A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a identificação dos participantes é irreversível. Os registos dos dados serão destruídos após a transcrição, num período máximo de seis meses após a mesma. A segurança e a proteção dos dados são asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe acedido apenas pelos investigadores.

O tratamento dos dados é considerado legal quando o participante dá o seu consentimento. Neste estudo, dá o seu consentimento por escrito assinando este documento. A sua participação é de carácter livre e voluntário e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Os resultados da investigação serão apresentados no âmbito do Estágio de Natureza Profissional. Este procedimento não lhe trará nenhuma despesa ou risco, podendo

abandoná-lo a qualquer momento. Podem não existir benefícios imediatos, porém a análise dos dados pode resultar em orientações para a prática profissional.

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome _____

BI/CC Nº _____ Data ou Validade ____/____/____

Assinatura _____