

## ARTIGO ORIGINAL


### Diagnósticos de enfermagem em famílias de adultos hospitalizados: aplicação do Modelo Calgary


#### Nursing diagnoses in families of hospitalized adults: application of the Calgary Model

#### HIGHLIGHTS

1. Diagnósticos mais prevalentes: Ansiedade e Tensão no papel do cuidador.
2. Domínio de enfrentamento/tolerância ao estresse foi o mais frequente.
3. Diagnósticos de risco revelaram vulnerabilidade e sobrecarga das famílias.
4. Diagnósticos de promoção evidenciaram potencial de adaptação familiar.

Jhordan Abner Teixeira Murilho<sup>1</sup> 

Lucas Eduardo de Oliveira<sup>1</sup> 

Mateus Souza da Luz<sup>2</sup> 

Gabriel Zanin Sanguino<sup>1</sup> 

Fernanda Ribeiro Baptista Marques<sup>1</sup> 

Maricy Morbin Torres<sup>1</sup> 

Mayckel da Silva Barreto<sup>1</sup> 

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em famílias de pacientes adultos hospitalizados, à luz do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção das Famílias e da taxonomia NANDA-I. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado em um hospital universitário no sul do Brasil, entre julho de 2023 e junho de 2024, com 35 familiares. Os dados foram obtidos por consulta de enfermagem estruturada no Modelo Calgary, com a elaboração de genograma, ecomapa e registro das necessidades. Os diagnósticos foram definidos segundo a NANDA-I. **Resultados:** Identificaram-se 284 ocorrências diagnósticas, correspondentes a 63 títulos: 39 reais, 14 de risco, oito de promoção da saúde e dois de síndrome. Ansiedade e Tensão no papel de cuidador foram mais prevalentes. Diagnósticos de risco revelaram vulnerabilidade e sobrecarga, ao passo que os diagnósticos de promoção evidenciaram potencial de adaptação familiar. **Conclusão:** Os diagnósticos demonstraram que a hospitalização impacta a dinâmica familiar, o que demanda intervenções que fortaleçam as famílias.

**DESCRITORES:** Modelos de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Hospitalização; Família.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Murilho JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, et al. Diagnósticos de enfermagem em famílias de adultos hospitalizados: aplicação do Modelo Calgary. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e101103pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.101103pt>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde, Cascavel, Paraná, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A família configura-se como unidade fundamental de cuidado, composta por subsistemas interdependentes que, articulados entre si, formam um sistema maior com dinâmica própria<sup>1</sup>. As relações de circularidade e reciprocidade estabelecidas entre seus membros conformam padrões de interação e vínculo, que são constantemente influenciados por aspectos culturais, sociais e contextuais<sup>2-3</sup>. No âmbito da hospitalização, o protagonismo familiar na preservação do bem-estar e no apoio ao paciente torna-se ainda mais evidente em função da intensificação da vulnerabilidade. Entretanto, especialmente na hospitalização de pacientes adultos, esse papel permanece, muitas vezes, subvalorizado e pouco reconhecido pelas equipes de saúde<sup>4-5</sup>.

Superar essa lacuna implica adotar estratégias que promovam a integração efetiva da família à assistência, reconhecendo suas particularidades, necessidades e potencial de contribuição. Para além disso, as famílias devem ser compreendidas como extensão do paciente, detentoras de demandas próprias que também precisam ser consideradas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, dada a relevância social e científica de aproximar o cuidado de enfermagem da realidade das famílias no contexto hospitalar, o presente estudo articulou o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção das Famílias (MCAIF)<sup>1</sup> ao Processo de Enfermagem (PE), especificamente à etapa de avaliação, por meio da coleta de dados e identificação de Diagnósticos de Enfermagem.

O MCAIF é composto por duas etapas interdependentes: avaliação e intervenção. A fase de avaliação abrange as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, permitindo ao enfermeiro compreender aspectos como composição familiar, vínculos, comunicação, crenças e organização interna. Já a etapa de intervenção busca promover, aprimorar ou sustentar o funcionamento eficaz da família nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental<sup>1</sup>. Desse modo, o MCAIF apresenta etapas que se alinham às fases do PE, sendo que a avaliação corresponde às etapas de coleta de dados e identificação de diagnósticos, enquanto a intervenção relaciona-se às fases de planejamento da assistência, implementação e avaliação<sup>6</sup>.

Para apoiar a elaboração das distintas etapas do PE é importante que o enfermeiro utilize Sistemas de Linguagem Padronizada como, por exemplo, a taxonomia NANDA-I<sup>6</sup>. Esta taxonomia recomenda a elaboração de diagnósticos familiares sempre que estes tenham repercussão direta nos cuidados ao paciente, o que se alinha à proposta do MCAIF. Porém, verifica-se certa escassez de investigações que abordem os diagnósticos de enfermagem em famílias que convivam com o adoecimento, em especial entre aquelas que vivenciam a hospitalização de um de seus membros<sup>7-9</sup>.

Estudos, realizados há quase duas décadas e utilizando as versões NANDA 2001-2002 e NANDA 2005-2006, mostraram que os principais diagnósticos familiares no contexto da hospitalização incluíam: Tensão devido ao papel de cuidador; Comunicação verbal da família prejudicada; Manutenção do lar prejudicada; Processos familiares interrompidos; Interação social prejudicada; Conhecimento deficiente; e Ansiedade<sup>7-9</sup>. Atualizar esse conhecimento é essencial para direcionar planos de cuidado alinhados às necessidades reais das famílias, potencializando a assistência de enfermagem e impactando positivamente o cuidado no âmbito hospitalar.

Cabe destacar também que o cenário contemporâneo, marcado pelo envelhecimento populacional, pelo aumento das internações prolongadas e pelas repercussões pós-pandemia, tem intensificado as necessidades das famílias no ambiente hospitalar, exigindo que os profissionais estejam preparados para acolher e intervir sob essas demandas<sup>3</sup>. Atualizar os diagnósticos de enfermagem aplicáveis às famílias hospitalizadas torna-se, portanto, fundamental não apenas para ampliar o conhecimento científico

sobre o tema, mas também para subsidiar protocolos assistenciais e orientar estratégias educativas junto às equipes de enfermagem. Isso permitirá que os enfermeiros sejam capazes de elaborar planos de cuidados direcionados às reais necessidades das famílias que vivenciam o processo de hospitalização de um ente querido.

Além disso, ao considerar que o cuidado não poderia estar circunscrito à doença e ao indivíduo, mas sim contemplar e envolver as famílias, o enfermeiro deve lançar mão de suas competências e habilidades para identificar os principais diagnósticos relacionados à família, compreendendo sua dinâmica, recursos, vulnerabilidades e fortalezas<sup>1,7</sup>. A partir de então é possível elaborar intervenções que potencializem o apoio emocional, favoreçam a adesão ao tratamento e a transição do cuidado hospital-domicílio, promovendo cuidados colaborativos e seguros<sup>1</sup>.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em famílias de pacientes adultos hospitalizados, à luz do MCAIF e da taxonomia NANDA-I<sup>6</sup>.

## MÉTODO

Pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, que foi desenvolvida no setor de clínica médico-cirúrgica de um hospital universitário público, localizado na região Sul do Brasil. O setor é composto por 75 leitos de enfermagem, divididos em 25 quartos e três postos de enfermagem. Possui um perfil de pacientes adultos/idosos, com condições crônicas agudizadas e pacientes em pré ou pós-operatório. Em relação às famílias, a política institucional garante a presença de acompanhante para maiores de 60 anos, menores de 18 anos, mulheres ou pessoas com dependência de cuidados.

Os participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, ser familiar de um paciente adulto hospitalizado e estar como seu acompanhante. Por sua vez, não foram incluídos aqueles que estavam em horário de visita e/ou apresentavam dificuldades de comunicação, tais como surdez-mudez, não domínio do idioma português e/ou dislalia. Não houve exclusões a partir da aplicação de tais critérios.

A coleta dos dados se deu por meio de consultas de enfermagem realizadas junto às famílias durante a internação, as quais ocorreram em sala reservada, no próprio setor e tinham duração média de uma hora e meia. Alunos de graduação, pós-graduação e professores do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá conduziram as consultas, os quais foram previamente preparados e treinados para padronização do instrumento, bem como fizeram imersão na temática de enfermagem familiar. As famílias foram localizadas a partir de um projeto extensionista intitulado Modelo Calgary de avaliação e intervenção com famílias durante a internação hospitalar que objetiva avaliar e intervir junto às famílias dos pacientes, por meio do MCAIF.

A escolha dos potenciais participantes ocorreu com base na avaliação das enfermeiras do setor, as quais identificavam pacientes com necessidades de cuidados de alta dependência (por meio da aplicação da Escala de Fugulin, o que constitui rotina do serviço) e que estavam acompanhados por familiares capazes de se comunicar com a equipe de pesquisadores. Uma vez identificados os pacientes, os alunos analisavam os dados do seu prontuário, para que possíveis esclarecimentos sobre o quadro clínico fossem oferecidos ao familiar durante a consulta.

A abordagem junto aos familiares foi à beira do leito e teve início com a apresentação do estudo e seus objetivos, seguida do convite para participação na consulta de enfermagem destinada à coleta de dados. Após a abordagem, houve recusa por parte de três cuidadores que não quiseram deixar seus entes queridos sem supervisão familiar. Uma vez aceita a participação, a consulta era iniciada com o esclarecimento detalhado sobre a natureza e finalidade da pesquisa. Em seguida, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando-se a leitura cuidadosa e a assinatura do documento, assegurando a concordância formal e voluntária do participante.

A coleta dos dados aconteceu entre os meses de julho de 2023 e junho de 2024, junto a uma amostra não probabilística de 35 familiares, número limitado pela exaustão da disponibilidade dos pesquisadores, os quais desenvolviam as atividades do projeto uma vez por semana. Considerando que são, em média, 40 semanas letivas e que, por vezes, houve reuniões do grupo de pesquisa para treinamento e alinhamento das consultas de enfermagem, o número alcançado foi de 35 famílias ao longo de um ano.

As consultas foram guiadas pela aplicação de um instrumento semiestruturado, adaptado a partir do modelo original disponibilizado pelo MCAIF<sup>1</sup>, que buscava conhecer a estrutura, a etapa do desenvolvimento e a funcionalidade da família. Também havia no instrumento campos específicos para identificar os desafios e/ou preocupações apresentadas pela família, a "história da família, as forças da família e as hipóteses de sofrimento da família. Além disso, havia espaço para relatar as intervenções realizadas durante a consulta, bem como para registro do genograma e ecomapa (desenvolvidos em aplicativos de *design* gráfico), os quais, ao final da consulta, eram oferecidos às famílias. Tais ferramentas facilitavam a compreensão de cada caso familiar.

Após a coleta, os dados foram digitados em um formulário virtual idêntico ao instrumento físico, a fim de serem analisados posteriormente para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Para tanto, foi utilizado um processo diagnóstico estruturado, que compreendeu a categorização dos dados, a detecção de lacunas e inconsistências, o agrupamento de padrões, a comparação com referências, a inferência diagnóstica e a determinação das relações entre os achados. A rotulação final dos diagnósticos foi pautada na Taxonomia da NANDA-I 2021-2023<sup>6</sup> e foi realizada por dois pesquisadores, concomitantemente, analisando as discordâncias até a obtenção de consenso. Em seguida, os diagnósticos identificados foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em tabelas de frequência absoluta e relativa.

Seguiram-se todos os preceitos éticos disciplinados pelas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Parecer: 6117092.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 35 famílias de pacientes adultos hospitalizados. Em relação aos familiares, 14% eram homens e 86% mulheres. Dentre os participantes do sexo masculino, o vínculo familiar com o paciente era: esposo, pai, irmão, filho e primo. Entre as familiares do sexo feminino, a distribuição dos vínculos com os pacientes foi a seguinte: 11 filhas, nove esposas, quatro irmãs, duas sobrinhas, uma tia, uma mãe, uma neta e uma nora.

Já entre os pacientes, observou-se maior proporção de homens (60%). Os pacientes possuíam diagnósticos clínicos diversos, que variaram principalmente entre

politraumas por quedas e acidentes automobilísticos; amputações traumáticas ou por feridas infectadas; queimaduras; insuficiências cardiovasculares; problemas de ordem nefrológica, como ureterolitíase e nefrolitíase; problemas neurológicos, como AVC e epilepsia; neoplasias; intoxicação exógena/tentativa de autoextermínio; e também casos de doenças raras como Síndrome de Duchenne e Síndrome de Fahr.

Após as análises, foram identificadas 284 ocorrências diagnósticas, a partir de 63 diagnósticos de enfermagem distintos (sendo 39 com foco no problema, 14 de risco, oito de promoção de saúde e dois de síndrome). Por família, houve uma variação de dois a 21 diagnósticos (média de oito). A Tabela 01 apresenta a relação dos diagnósticos reais.

**Tabela 1.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem reais identificados nas famílias em estudo. Maringá, PR, Brasil, 2024

Domínio	Diagnóstico (código)	n	%
7	Tensão no papel de cuidador (00061)	22	7,8
9	Ansiedade (00146)	22	7,8
7	Processos familiares disfuncionais (00063)	13	4,6
7	Processos familiares interrompidos (00060)	12	4,2
9	Sobrecarga de estresse (00177)	11	3,9
7	Conflito no papel de pai/mãe (00064)	10	3,6
7	Desempenho de papel ineficaz (00055)	7	2,4
7	Relacionamento ineficaz (00223)	6	2,1
9	Planejamento de atividades ineficaz (00199)	6	2,1
9	Enfrentamento familiar comprometido (00073)	6	2,1
9	Medo (00148)	6	2,1
4	Distúrbio no padrão de sono (00198)	5	1,7
9	Pesar (00136)	5	1,7
9	Sentimento de impotência (00125)	5	1,7
9	Ansiedade relacionada à morte (00147)	5	1,7
9	Enfrentamento ineficaz (00069)	5	1,7
9	Enfrentamento familiar incapacitado (00074)	5	1,7
1	Envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097)	4	1,4
4	Fadiga (00093)	4	1,4
4	Manutenção do lar prejudicada (00098)	4	1,4
5	Controle emocional lábil (00251)	4	1,4
7	Interação social prejudicada (00052)	4	1,4
12	Conforto prejudicado (00214)	4	1,4
1	Controle da saúde familiar ineficaz (00078)	3	1,0
9	Tristeza crônica (00137)	3	1,0
9	Enfrentamento defensivo (00071)	3	1,0
10	Religiosidade prejudicada (00169)	3	1,0
6	Baixa autoestima situacional (00120)	3	1,0
1	Comportamento de saúde sujeito a risco (00188)	2	<1
9	Negação ineficaz (00072)	2	<1
9	Enfrentamento ineficaz da comunidade (00077)	2	<1
9	Resiliência prejudicada (00210)	2	<1
-	Outros*	7	2,4

Legenda: n= 205; \*frequência de uma ocorrência diagnóstica.

Fonte: Os autores (2024).

Dos diagnósticos reais identificados, Ansiedade (00146) e Tensão no papel de cuidador (00061) foram os mais frequentes, com 22 ocorrências cada. Identificou-se que 62,8% das famílias experienciaram esses dois diagnósticos. Na sequência, os diagnósticos mais frequentes foram Processos familiares disfuncionais (00063) e Processos familiares interrompidos (00060), sendo observados, respectivamente, em 13 e 12 famílias. Sobrecarga de estresse (00177) foi identificado 11 vezes.

O segundo tipo de diagnóstico mais identificado foram os diagnósticos de risco, conforme representado na Tabela 2. No tocante aos diagnósticos de risco, foram evidenciadas 11 ocorrências do diagnóstico Risco de tensão no papel de cuidador (00062) e 10 ocorrências do diagnóstico Risco de sentimento de impotência (00152).

**Tabela 2.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados nas famílias em estudo. Maringá, PR, Brasil, 2024

Domínio	Diagnóstico (código)	n	%
7	Risco de tensão no papel de cuidador (00062)	11	3,9%
9	Risco de sentimento de impotência (00152)	10	3,5%
9	Risco de resiliência prejudicada (00211)	6	2,1%
9	Risco de síndrome do estresse por mudança (00149)	6	2,1%
9	Risco de planejamento de atividades ineficaz (00226)	5	1,7%
6	Risco de baixa autoestima situacional (00153)	3	1%
9	Risco de pesar complicado (00172)	3	1%
6	Risco de baixa autoestima crônica (00224)	2	<1%
12	Risco de solidão (00054)	2	<1%
6	Risco de dignidade humana comprometida (00174)	1	<1%
7	Risco de relacionamento ineficaz (00229)	1	<1%
7	Risco de paternidade/maternidade prejudicada (00057)	1	<1%
8	Risco de processo perinatológico ineficaz (00227)	1	<1%
10	Risco de religiosidade prejudicada (00170)	1	<1%

Legenda: n= 53

Fonte: Os autores (2024).

Identificaram-se também diagnósticos de promoção à saúde (Tabela 3). Os mais frequentes foram: Disposição para o autoconceito melhorado (00167) e Disposição para enfrentamento melhorado (00158), ambos com três ocorrências cada.

**Tabela 3.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de promoção identificados nas famílias. Maringá, PR, Brasil, 2024

Domínio	Diagnóstico (código)	n	%
6	Disposição para o autoconceito melhorado (00167)	03	1%
9	Disposição para enfrentamento melhorado (00158)	03	1%
7	Disposição para o relacionamento melhorado (00207)	02	<1%
7	Disposição para processos familiares melhorados (00159)	02	<1%
4	Disposição para sono melhorado (00165)	01	<1%
5	Disposição para comunicação melhorada (00157)	01	<1%
6	Disposição para esperança aumentada (00185)	01	<1%
9	Disposição para enfrentamento familiar melhorado (00075)	01	<1%
12	Disposição para o conforto melhorado (00183)	01	<1%

Legenda: n= 15

Fonte: Os autores (2024).

Dentre os diagnósticos de síndrome, foram identificados: Síndrome de estresse por mudança (00114) com sete ocorrências e Síndrome da identidade familiar perturbada (00283) com duas ocorrências (dados não apresentados em tabela).

Os diagnósticos encontrados representavam nove dos 13 domínios presentes na taxonomia da NANDA-I<sup>6</sup>. Os domínios com mais diagnósticos foram: Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse, registrando 23 diagnósticos, responsáveis por 131 das ocorrências, e o Domínio 7: Papéis e relacionamentos, com 13 diagnósticos e 94 ocorrências (Tabela 4).

**Tabela 4.** Frequência absoluta e relativa dos domínios do NANDA-I. Maringá, PR, Brasil, 2024

Domínio NANDA-I	Diagnósticos representados	n	%
Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse	23	131	46,1
Domínio 7: Papéis e relacionamentos	13	94	33,0
Domínio 6: Autopercepção	08	15	5,3
Domínio 4: Atividade/repouso	05	15	5,3
Domínio 1: Promoção da Saúde	03	09	3,1
Domínio 12: Conforto	04	08	2,8
Domínio 5: Percepção/Cognição	03	06	2,1
Domínio 10: Princípios de vida	03	05	1,7
Domínio 8: Sexualidade	01	01	<1%

Legenda: n= 284

Fonte: Os autores (2024).

## DISCUSSÃO

Estudos realizados há quase duas décadas evidenciaram que os principais diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em famílias vivenciando o processo de hospitalização foram: Tensão do papel de cuidador; Comunicação verbal da família prejudicada; Manutenção do lar prejudicada; Processos familiares interrompidos; Interação social prejudicada; Conhecimento deficiente; e Ansiedade<sup>7-9</sup>. Os achados da presente pesquisa demonstram continuidade, mas, ao mesmo tempo, atualização desses resultados.

Observa-se que diagnósticos como Tensão do papel de cuidador, Processos familiares interrompidos e Ansiedade mantêm relevância no contexto contemporâneo, enquanto outros, como Manutenção do lar prejudicada, Interação social prejudicada e Conhecimento deficiente, cedem lugar a diagnósticos emergentes, tais como Risco de tensão no papel de cuidador, Processos familiares disfuncionais e Sobrecarga de estresse. Destaca-se, ainda, que o diagnóstico de Comunicação verbal da família prejudicada não foi identificado nesta análise, possivelmente relacionado ao fato de, na atualidade, estarem à disposição das famílias novas ferramentas digitais de comunicação, facilitando a interação entre seus membros.

O processo de hospitalização impacta diretamente a dinâmica familiar, exigindo que um dos membros assuma o papel de cuidador, tanto em casos de condições agudas como na descompensação de doenças crônicas<sup>10-11</sup>. Esse papel, em geral, recai sobre uma única pessoa, historicamente associado às mulheres<sup>12</sup>. A sobrecarga, súbita ou progressiva, pode gerar sofrimento físico, emocional e espiritual, manifestando-se em nervosismo, frustração, alterações nas atividades de lazer, conflitos familiares,

preocupações constantes e fadiga<sup>3</sup>. Além disso, o adoecimento de um ente querido tende a intensificar fragilidades relacionais já existentes<sup>11</sup>.

Nesse contexto, os diagnósticos de Tensão do papel de cuidador e Risco de tensão do papel de cuidador – que, somados, estiveram presentes em 94,2% das famílias participantes – são particularmente representativos, uma vez que sintetizam os múltiplos impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos do cuidar<sup>10,13-14</sup>. As características definidoras desse diagnóstico abrangem aspectos relacionados às atividades de cuidado, ao estado de saúde do cuidador (fisiológicos, emocionais e socioeconômicos), à relação cuidador–receptor de cuidados e aos processos familiares. Os fatores relacionados incluem variáveis vinculadas ao paciente, ao cuidador, às interações entre ambos, ao contexto socioeconômico e às dinâmicas familiares<sup>6</sup>. Essa abrangência justifica a pertinência e frequência desses diagnósticos nos casos analisados.

A hospitalização, por si só, é fonte de ansiedade, insegurança e medo para os familiares<sup>11</sup>. O diagnóstico de Ansiedade, definido pela NANDA-I<sup>6</sup> como sentimento de desconforto ou temor frente à antecipação de um perigo, mostrou-se recorrente. Suas características definidoras abrangem manifestações cognitivas, fisiológicas e comportamentais, associadas a fatores como ameaça à integridade do familiar, estressores múltiplos, necessidades não atendidas e incertezas sobre o prognóstico<sup>6</sup>. Assim sendo, o diagnóstico de Ansiedade e seus análogos como: Ansiedade relacionada à morte e Medo são pertinentes às famílias vivenciando a hospitalização<sup>7-9</sup>. A literatura evidencia que o suporte efetivo de profissionais, familiares, amigos ou redes espirituais atua como fator protetor, reduzindo a intensidade desses sintomas e fortalecendo as estratégias de enfrentamento<sup>10,15-16</sup>. Assim, aponta-se que a inclusão da família como foco do cuidado deve ser reforçada no ambiente hospitalar.

O conflito familiar emergiu como elemento central, associado à falta de apoio, à dependência e à escassez de recursos financeiros, condições que favorecem diagnósticos como “Enfrentamento familiar incapacitado, Enfrentamento familiar comprometido, Processos familiares interrompidos e Processos familiares disfuncionais<sup>17-18</sup>. Esses diagnósticos englobam situações de redução no apoio mútuo e emocional, falhas de comunicação, dificuldades na tomada de decisão, incapacidade de expressar sentimentos, negação e conflitos crônicos, além de sentimento de impotência e sobrecarga de estresse<sup>6</sup>.

Por outro lado, observou-se a presença de diagnósticos de promoção da saúde, como, por exemplo, Disposição para comunicação melhorada, Disposição para esperança aumentada, Disposição para o relacionamento melhorado, Disposição para processos familiares melhorados, entre outros. Esses diagnósticos refletiram tanto situações de conflito, nas quais emergia o desejo de superação, como a percepção da hospitalização como oportunidade de reconciliação e ressignificação das relações familiares. Cabe ao enfermeiro, nesse contexto, apoiar e criar condições que favoreçam tais processos de promoção da saúde.

Em síntese, os achados deste estudo confirmam a persistência de diagnósticos clássicos no contexto de hospitalização familiar, ao mesmo tempo em que evidenciam o surgimento de novos diagnósticos que refletem transformações sociais e maior complexidade das demandas de cuidado. A coexistência de diagnósticos relacionados à sobrecarga, ansiedade e processos familiares interrompidos, com diagnósticos de promoção da saúde, revela não apenas a vulnerabilidade, mas também a resiliência e a capacidade de adaptação das famílias frente ao adoecimento de um ente querido. Esses resultados reforçam a necessidade de práticas de enfermagem centradas na família, que reconheçam tanto os fatores de risco como os potenciais de enfrentamento

e fortalecimento, de modo a subsidiar intervenções mais integrais, personalizadas e orientadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o fato de a amostra ter sido não probabilística e composta por 35 famílias de um único hospital universitário, o que restringe a generalização dos achados. Ademais, observou-se predominância de mulheres entre os participantes familiares (86%), o que pode limitar a compreensão da experiência masculina no papel de cuidador. Outro aspecto relevante refere-se ao critério de seleção dos participantes, realizado a partir da indicação das enfermeiras do setor, o que pode ter introduzido viés de seleção, na medida em que famílias consideradas mais acessíveis ou com maior disponibilidade comunicativa tenham sido priorizadas. Entretanto, os achados são relevantes para se avançar no entendimento das principais necessidades familiares afetadas pelo processo de hospitalização.

Ademais, os achados ampliam a compreensão do cuidado à família como unidade de cuidado; os diagnósticos permitem a promoção de ações que podem favorecer o cuidado integral e a promoção da cultura de segurança e qualidade na assistência ao indivíduo. Possíveis intervenções podem ser propostas a partir dos diagnósticos elencados tais como a comunicação terapêutica, o fortalecimento dos vínculos, a participação ativa da família na tomada de decisão, bem como a elaboração de estratégias educativas para o manejo de doenças, apoio emocional e reorganização de papéis diante do adoecimento, além de ações que possam empoderar a família de modo que tanto o paciente e sua família sejam protagonistas no processo de cuidado<sup>1</sup>.

A contribuição deste estudo para a ciência da enfermagem reside na ampliação do conhecimento sobre o cuidado à família em ambientes hospitalares e na possibilidade de revisar, atualizar ou validar diagnósticos já existentes, assegurando maior aplicabilidade às realidades contemporâneas. Além disso, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos de análise de conceito e validação clínica com diferentes populações, de modo a aprimorar a acurácia diagnóstica, fortalecer o raciocínio clínico e qualificar a prática assistencial da enfermagem.

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que os principais diagnósticos de enfermagem identificados nas famílias participantes foram: Tensão do papel de cuidador, Ansiedade, Risco de tensão do papel de cuidador, Processos familiares disfuncionais, Processos familiares interrompidos, Sobrecarga de estresse e Risco de sentimento de impotência.

A elevada frequência de diagnósticos em cada família aponta para a vulnerabilidade delas no contexto hospitalar, frequentemente pouco assistidas pelos profissionais de saúde. Diante disso, torna-se essencial que o enfermeiro atue na detecção precoce dos diagnósticos, no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e no fortalecimento de redes de apoio ao cuidador principal, a fim de minimizar riscos, reduzir a sobrecarga e promover maior qualidade de vida familiar.

Recomenda-se que novas investigações explorem intervenções efetivas para o manejo dos diagnósticos de enfermagem em diferentes contextos institucionais e socioculturais, bem como se enfoquem na experiência dos cuidadores familiares masculinos, além de expandirem para estudos multicêntricos, com amostragens probabilísticas para validação dos resultados encontrados.

## REFERÊNCIAS

1. Shajani Z, Snell D. Wright & Leahey's nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 7th ed. Philadelphia: FA Davis; 2019. 368 p.
2. Gavazzi SM, Lim JY. Family systems theory. In: Gavazzi SM, Lim JY, editors. Families with adolescents: advancing responsible adolescent development. 2nd ed. Springer, Cham [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 10]:35-45. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-031-43407-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-031-43407-5_4)
3. Barreto MS, Marques FRDM, Gallo AM, Garcia-Vivar C, Carreira L, Salci MA. Striking a new balance: A qualitative study of how family life has been affected by COVID-19. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 12];e4045. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6705.4044>
4. Barreto MS, Cruz VB, Batista VC, Sales CA, Oliveira AP, Gvozd R, et al. Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: a scoping review. J Clin Nurs [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 20];31(23-24):3338-49. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16226>
5. Lee-Steere K, Mudge AM, Liddle J, Bennett S. Understanding family carer experiences and perceptions of engagement in delirium prevention and care for adults in hospital: qualitative systematic review. J Clin Nurs [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];33(4):1320-45. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16990>
6. Herdman, TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023. 12th ed. Porto Alegre: Artmed; 2023. 568 p.
7. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 [cited 2024 Aug 8];17(1):72-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100008>
8. Montefusco SRA. Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary [dissertation on the Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2007 [cited 2024 Jul 19]. 129 f. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/0d4ad898-0779-4917-b870-170cc6acfe6a/full>
9. Goyotá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2024 Aug 8];14(1):102-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100014>
10. Muñoz-Cruz JC, López-Martínez C, Orgeta V, Del-Pino-Casado R. Subjective caregiver burden and coping in family carers of dependent adults and older people: a systematic review and meta-analysis. Stress Health [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];40(4):e3395. Available from: <https://doi.org/10.1002/smi.3395>
11. Montefusco SRA, Bachion MM, Vera I, Caixeta C, Munari DB. Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2012 Aug [cited 2024 Nov 20];10(4):828-35. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18329>
12. Pinto IS, Pedreira LC, Belmonte MS, Lacerda MR, Amaral JB, Menezes TMO, et al. Acquisition of mastery by the caregiver for the continuity of care after hospital discharge. Appl Nurs Res [Internet]. 2024 Aug [cited 2024 Nov 20];78:151809. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151809>
13. Aamodt WW, Kluger BM, Mirham M, Job A, Lettenberger SE, Mosley PE, et al. Caregiver burden in Parkinson disease: a scoping review of the literature from 2017-2022. J Geriatr Psychiatry Neurol [Internet]. 2024 Mar [cited 2024 Nov 20];37(2):96-113. Available from: <https://doi.org/10.1177/08919887231195219>
14. Azimi T, Johnson J, Campbell SM, Montesanti S. Caregiver burden among parents of children with type 1 diabetes: a qualitative scoping review. Heliyon [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];10(6):e27539. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27539>
15. Qi W, Deng J, Guo W, Chen F, Liu X, Zhang Y, et al. Spiritual coping in family caregivers of patients

with advanced cancer: a cross-sectional study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];67(3):e177-e84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.022>

16. López-Martínez C, Orgeta V, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: mediation and moderation effects of subjective caregiver burden. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2024 May [cited 2024 Nov 20];56(3):371-81. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12957>

17. Fisher MMJB, Marcon SS, Barreto MS, Batista VC, Marquete VF, de Souza RR, et al. Caring for a family member with stroke sequelae: the first days at home after hospital discharge. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 20];25:e-1385. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210033>

18. Skoulatou M, Govina O, Kalemikerakis I, Prountzou A, Tsougia P, Kavga-Paltoglou A. Burden and quality of life of family caregivers caring for patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20];51(4):377-88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39230467/>

## Nursing diagnoses in families of hospitalized adults: application of the Calgary Model

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the most frequent nursing diagnoses in families of hospitalized adult patients, in light of the Calgary Family Assessment and Intervention Model and the NANDA-I taxonomy. **Method:** A descriptive, quantitative study conducted in a university hospital in southern Brazil between July 2023 and June 2024 with 35 family members. Data were obtained through nursing consultations structured according to the Calgary Model, including the construction of a genogram, ecomap, and the recording of family needs. Nursing diagnoses were defined according to NANDA-I. **Results:** A total of 284 diagnostic occurrences were identified, corresponding to 63 nursing diagnosis titles: 39 problem-focused diagnoses, 14 risk diagnoses, eight health promotion diagnoses, and two syndrome diagnoses. Anxiety and Caregiver Role Strain were the most prevalent. Risk diagnoses revealed vulnerability and burden among families, whereas health promotion diagnoses indicated potential for family adaptation. **Conclusion:** The diagnoses demonstrated that hospitalization impacts family dynamics, highlighting the need for interventions that strengthen and support families. **DESCRIPTORS:** Models, Nursing; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Hospitalization; Family.

## Diagnósticos de enfermagem em famílias de adultos hospitalizados: aplicação do Modelo Calgary

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en familias de pacientes adultos hospitalizados, a la luz del Modelo Calgary de Evaluación e Intervención de Familias y de la taxonomía NANDA-I. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil, entre julio de 2023 y junio de 2024, con 35 familiares. Los datos fueron obtenidos mediante consulta de enfermería estructurada en el Modelo Calgary, con la elaboración de genograma, ecomapa y registro de las necesidades. Los diagnósticos fueron definidos según la NANDA-I. **Resultados:** Se identificaron 284 ocurrencias diagnósticas, correspondientes a 63 títulos: 39 reales, 14 de riesgo, ocho de promoción de la salud y dos de síndrome. Ansiedad y Tensión en el papel de cuidador fueron más prevalentes. Los diagnósticos de riesgo revelaron vulnerabilidad y sobrecarga, mientras que los diagnósticos de promoción evidenciaron potencial de adaptación familiar. **Conclusión:** Los diagnósticos demostraron que la hospitalización impacta la dinámica familiar, lo que demanda intervenciones que fortalezcan a las familias.

**DESCRIPTORES:** Modelos de Enfermería; Proceso de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Hospitalización; Familia.

Recebido em: 04/09/2025

Aprovado em: 02/02/2026

Editor associado: Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix

### Autor Correspondente:

Mayckel da Silva Barreto

Universidade Estadual de Maringá

Av. Colombo, 5790 - Jd. Universitário CEP 87020-900 - Maringá - PR

E-mail: [msbarreto@uem.br](mailto:msbarreto@uem.br)

### Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Murillo JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Murillo JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Murillo JAT, de Oliveira LE, da Luz MS, Sanguino GZ, Marques FRB, Torres MM, Barreto MS.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

### Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

### Disponibilidade de dados:

Os autores declaram que os dados podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).