



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Familiar

FAMÍLIAS ALARGADAS – DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
EXTENDED FAMILIES – DEVELOPMENT OF SPECIALIZED
CLINICAL COMPETENCIES IN COMMUNITY NURSING
WITHIN THE FIELD OF FAMILY HEALTH NURSING

Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Bruna Mariana Campos Alves

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

FAMÍLIAS ALARGADAS – DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

Estágio orientado pela Professora
Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e
coorientado pela Mestre Leonor Ribeiro Pinto.

Porto, 2025

FRASE ou PENSAMENTO

“... seja você quem for, quando quer com vontade alguma coisa, é porque este desejo nasceu na alma do Universo. É sua missão na terra.”

Paulo Coelho in O Alquimista

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório a todos os que, mesmo sem estarem presentes fisicamente, continuam vivos na memória e no coração.

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, orientadora do presente relatório, o meu profundo agradecimento. É, para mim, uma referência na Enfermagem de Saúde Familiar e foi, ao longo de todo este percurso, uma verdadeira guia. Obrigada pela disponibilidade, pelo rigor e por me desafiar a pensar sempre um pouco mais além. A sua sabedoria e exigência foram pilares fundamentais na concretização deste mestrado.

À Mestre Leonor Ribeiro Pinto, coorientadora deste relatório, agradeço por todo o conhecimento partilhado e por ser, desde sempre, uma fonte de motivação e apoio. Soube transmitir-me a leveza que tanto a caracteriza, com a palavra certa no momento certo. Orientou-me não só na construção deste trabalho e nas unidades curriculares, mas também me ajudou a encontrar o equilíbrio necessário para continuar quando o caminho parecia mais difícil.

À enfermeira Sónia, pelo apoio constante, pela forma como me acolheu e acompanhou, pela amizade, e por se ter revelado um verdadeiro exemplo a seguir.

A toda a equipa da USF — médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, senhoras da limpeza e todos os que se cruzaram comigo — obrigada por me receberem de braços abertos, por me fazerem sentir parte da equipa e por se mostrarem sempre disponíveis.

Aos colegas de mestrado, especialmente à Daniela e à Bárbara, obrigada por todas as partilhas ao longo do caminho. Dividimos dúvidas, dificuldades, conquistas e muitos momentos que tornaram esta jornada mais leve, mais rica e menos solitária.

Aos amigos de sempre, obrigada pela amizade, pelo apoio incondicional e pela paciência. Por me ouvirem, por deixarem que partilhasse medos e incertezas, e por estarem lá com palavras de incentivo quando mais precisei.

À Patrícia, ao Jorge e ao Rodrigo, obrigada pelo carinho, pela compreensão e pelo apoio constante. À avó Maria e ao avô Mendes, por, talvez mesmo sem o saberem, terem contribuído tanto.

À minha afilhada Francisca e ao Diego, um pedido de desculpa e um agradecimento muito especial. Por todas as vezes em que não pude brincar, ir ao parque, andar de bicicleta ou simplesmente estar presente. Espero que um dia vejam neste esforço algo que também vos pertence, e que se sintam orgulhosos desta vossa madrinha e prima.

Aos meus pais, Natividade e Mário, obrigada pelo amor incondicional, pela paciência, e por estarem sempre na primeira fila, a torcer por mim. Por tudo o que me ensinaram e continuam a ensinar. Vocês são, e serão sempre, um dos meus maiores alicerces.

E, por fim, ao Ricardo — que se tornou meu marido no meio desta aventura, mas que já era, há muito, o meu companheiro de vida. Obrigada por seres sempre mais. Pelo amor, paciência, compreensão, e por seres sempre presença firme. Por me deixares voar, mesmo sabendo que, muitas vezes, terias de me amparar. Será nesta vida e em todas as próximas!

Este relatório é o reflexo de um percurso feito a muitas mãos e com muitos corações. Por isso, pertence também a cada um de vocês.

RESUMO

A família, enquanto sistema vivo, dinâmico e coevolutivo, constitui-se como a unidade central dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar, sendo influenciada por múltiplas dinâmicas relacionais, contextuais e geracionais que se desenrolam ao longo do seu ciclo vital. As famílias alargadas, compostas por diferentes gerações que coexistem e interagem no mesmo núcleo familiar, representam uma configuração cada vez mais expressiva e desafiante no panorama atual, marcada simultaneamente por forças potenciadoras de saúde e por fatores de vulnerabilidade que requerem uma abordagem especializada e sensível às suas especificidades.

O presente relatório resulta do percurso formativo desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este apresentou como principais objetivos o desenvolvimento de competências clínicas especializadas para cuidar da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção, bem como o exercício da liderança e colaboração em processos de intervenção, conforme definido no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Paralelamente, foram igualmente contempladas as competências comuns do enfermeiro especialista, transversais a todas as áreas de especialidade de Enfermagem, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019.

A prática foi orientada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, em articulação com a Teoria das Transições, possibilitando uma abordagem sistémica e centrada nos processos de transição vivenciados pelas famílias e pelos seus membros, promovendo a compreensão das famílias nas suas múltiplas dimensões. Foi realizada a avaliação e intervenção familiar a seis famílias alargadas, com recurso à utilização de técnicas transversais e específicas de intervenção familiar, como por exemplo as questões lineares, reflexivas, circulares, os rituais terapêuticos, a metáfora e o reenquadramento. A sua aplicação permitiu concretizar intervenções ajustadas às necessidades identificadas e promover ganhos em saúde sensíveis à prática de Enfermagem de Saúde Familiar.

No âmbito da liderança, foi dinamizado um processo formativo dirigido à equipa multidisciplinar, com foco nas particularidades da intervenção junto das famílias alargadas. Esta ação contribuiu para o reforço da cultura organizacional centrada na formação contínua e na prática baseada na evidência. A reflexão crítica sobre o processo formativo permitiu evidenciar a relevância da articulação entre teoria, investigação e prática clínica, destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar na resposta às necessidades emergentes das famílias na atualidade.

Palavras-chave: Família; Família Alargada; Multigeracionalidade; Enfermagem de Saúde Familiar; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

ABSTRACT

Family, as a living, dynamic and co-evolving system, constitutes the central unit of care in Family Health Nursing, being influenced by multiple relational, contextual and generational dynamics that unfold throughout its life cycle. Extended families, composed of different generations that coexist and interact within the same household, represent an increasingly significant and challenging configuration in the current context, characterised both by health-promoting strengths and by vulnerabilities that require a specialised and sensitive approach tailored to their specificities.

This report results from the training pathway developed within the scope of the Curricular Units Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, of the Master's Degree in Community Nursing in the Area of Family Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The main objectives were the development of specialized clinical competencies to care for the family as a unit of care, throughout its life cycle and at different levels of prevention, as well as the exercise of leadership and collaboration in intervention processes, as defined in Regulation n.º 428/2018 of the Portuguese Order of Nurses. Furthermore, the development of the common core competencies of the specialist nurse, which are applicable across all nursing specialties, was promoted in accordance with Regulation n.º 140/2019.

Practice was guided by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, in articulation with Transition Theory, enabling a systemic approach focused on the transitional processes experienced by families and their members, and promoting a comprehensive understanding of families in their various dimensions. Six extended families were assessed and intervened upon, using both transversal and specific family intervention techniques, such as linear, reflexive and circular questioning, therapeutic rituals, metaphor and reframing. The application of these techniques made it possible to implement interventions tailored to the identified needs and to promote health gains sensitive to Family Health Nursing practice.

In the scope of leadership, a training process was implemented and directed at the multidisciplinary team, focusing on the specificities of intervention with extended families. This initiative contributed to strengthening an organizational culture centred on continuous education and evidence-based practice. The critical reflection on the training process highlighted the relevance of integrating theory, research and clinical practice, while underlining the role of the Specialist Nurse in Community Nursing within the area of Family Health Nursing in meeting the emerging needs of today's families.

Keywords: Family; Extended Family; Multigenerationality; Family Health Nursing; Dynamic Model of Family Assessment and Intervention.

CHAVE DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECESF – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF – Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Plano Assistencial Integrado

PAUF – Plano de Ação das Unidades Funcionais

PSF – Programa Saúde da Família

SI – Sistemas de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UC – Unidade Curricular

ULS – Unidade Local de Saúde

UR – Unidades de Registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. INTRODUÇÃO	12
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	17
2.1. Descrição do contexto da prática	17
2.2. Caracterização das famílias	22
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	28
4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	38
4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	38
4.1.1. Família 1	45
4.1.2. Família 2	58
4.1.3. Família 3	68
4.1.4. Avaliação dos ganhos em saúde no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	78
4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.....	84
4.2.1. Processo formativo	86
4.2.1.1. Identificação das necessidades	86
4.2.1.2. Plano de formação e implementação	91
4.2.1.3. Avaliação	92
5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
6. CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS	128

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Áreas de atenção avaliadas na Família 1	48
Quadro 2 – Áreas de atenção avaliadas na Família 2.....	61
Quadro 3 – Áreas de atenção avaliadas na Família 3.....	71

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 – Áreas de atenção avaliadas por dimensão de avaliação em relação ao número de famílias avaliadas	79
Gráfico 2 – Prevalência de diagnósticos de Enfermagem	80
Gráfico 3 – Intervenções realizadas no âmbito da ESF em relação ao número total de famílias	81
Gráfico 4 – Atividades realizadas no âmbito da ESF em relação ao número total de famílias.....	82
Gráfico 5 – Ganhos em Saúde	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmides etárias dos utentes inscritos na ULS vs. dos utentes inscritos na USF.....	20
Figura 2 – Pirâmide etária da população nacional.....	21
Figura 3 – Genograma e psicofigura de <i>Mitchell</i> da Família 1	45
Figura 4 – Genograma e psicofigura de <i>Mitchell</i> da Família 2	59
Figura 5 – Genograma e psicofigura de <i>Mitchell</i> da Família 3	69

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, integradas no Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), retrata descritiva e reflexivamente as atividades planeadas e executadas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do norte do país, nos períodos decorridos entre 16 de abril e 20 de junho de 2024 e entre 16 de setembro de 2024 e 24 de janeiro de 2025. Este percurso formativo focou-se na prestação de cuidados a famílias, visando a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), de acordo com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de Competências Específicas do EEECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Para além destas, e em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, foi igualmente promovida a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, de natureza transversal a todas as áreas de especialização em Enfermagem.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, desde a sua criação em 1979, tem sofrido significativas mudanças, destacando-se, entre elas, a reforma e a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que reporta o seu início ao ano de 2005 (Beça et al., 2024; Fronteira et al., 2020). A criação das USF, em 2007 (Decreto-Lei [DL] n.º 298/2007), afirma-se como o epicentro destas reestruturações, redefinindo os padrões de excelência e o compromisso para com a saúde dos cidadãos (Beça et al., 2024), contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para a melhoria contínua dos mesmos (Biscaia & Heleno, 2017). Recentemente, o DL n.º 102/2023 decretou a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), que passaram a integrar os antigos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), onde estavam anteriormente

agregadas as USF, e os hospitais ou centros hospitalares de determinada região (Cruz et al., 2022). As ULS definem-se como uma entidade responsável única de integração de cuidados de natureza vertical, ou seja, constituída por diversos níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados), administrada por uma mesma gestão, e responsável pelo estado de saúde da população da sua área de abrangência, com o objetivo de prestar cuidados integrados em todos os níveis de serviços de saúde, otimizando a ligação entre os mesmos, e, conseqüentemente, obtendo maiores ganhos em saúde (Cruz et al., 2022).

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), domínio da Enfermagem com atuação e conhecimentos próprios, apresenta como foco a família ao longo do seu ciclo vital, tendo por base as suas características, a sua história familiar e o contexto em que se inserem (Figueiredo M. H., 2012; Silva, M. et al., 2022). Neste sentido, o EEECESF assume-se como o profissional de referência para a prestação de cuidados personalizados às famílias devendo, para tal, estabelecer uma relação interpessoal, significativa e terapêutica com a família, potenciando a capacitação dos seus membros para que estes mobilizem as suas forças e recursos, de forma a conseguirem dar resposta às suas necessidades (Ferreira, M. M. H. P. et al., 2020; Nuriyanto & Rahayuwati, 2019). Assim sendo, as USF deverão ser constituídas por profissionais de Enfermagem que detenham o título de EEECESF, sublinhando, desta forma, a crescente relevância da ESF enquanto domínio da Enfermagem (DL n.º 103/2023). A criação da especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) remete a 2011, através da publicação do Regulamento n.º 126/2011, onde se apresenta, pela primeira vez, o perfil de competência do EEECESF.

A família, unidade central dos cuidados de ESF e foco da intervenção do EEECESF, desempenha um papel central no equilíbrio e na evolução das dinâmicas sociais e de saúde, sendo considerada um pilar essencial da sociedade (Dellafiore et al., 2022; Ferreira, M. M. H. P. et al., 2022). Pode ser definida como um grupo de pessoas que convivem no mesmo lar, relacionadas por vínculos de sangue, afinidade, ou emocionais, e caracterizada por uma

identidade e unicidade próprias (*International Council of Nurses [ICN]*, 2019; Ferreira, M. M. H. P. et al., 2020; Russell, 2020). Enquanto sistema complexo, autopoietico e coevolutivo, a família é mais do que a soma dos seus membros, sendo impossível compreendê-la apenas com base nos indivíduos que a constituem, tornando-se igualmente necessário entender as interações específicas entre os mesmos, que lhe conferem autonomia e identidade, enquanto refletem simultaneamente a interdependência entre o todo e as suas partes (Figueiredo M. H., 2012; Relvas, 2003). A família é, desta forma, considerada um sistema dinâmico que se adapta constantemente às transformações inerentes ao ciclo vital, com vista a obter um estado de equilíbrio e de continuidade (Ferreira, M. M. H. P. et al., 2020).

As transformações sociais, demográficas e tecnológicas sentidas nas últimas décadas têm redefinido as estruturas familiares, promovendo o aparecimento de novas configurações familiares, justificadas pela diversidade dos relacionamentos, pela diminuição do número de filhos, pela longevidade e, ainda, pela integração da mulher no mercado de trabalho, refletindo a capacidade da família de se adaptar às dinâmicas da sociedade contemporânea (Antunes, 2023; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019). Decorrente destes aspetos, a família alargada tem assumido, historicamente, particular relevância, sendo definida como aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, como ainda outros parentes, indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco (Santiago & Figueiredo M. H., 2023). Esta tipologia familiar caracteriza-se por três principais aspetos: a transgeracionalidade, a multigeracionalidade e a intergeracionalidade (Baudin et al., 2023; Chen et al., 2017; Hornstra & Ivanova, 2023; Martins et al., 2019; Santiago & Figueiredo M. H., 2023). Embora a multigeracionalidade e a intergeracionalidade reforcem a coesão familiar, poderão igualmente dificultar a individualização e autonomia dos seus membros, sobretudo quando se verifica a transmissão e perpetuação de padrões familiares disfuncionais entre gerações (Wang et al., 2023). A convivência intergeracional poderá, portanto, ser simultaneamente uma força e um desafio, exigindo flexibilidade na distribuição de poder dentro da família e a

adaptação aos desafios emergentes ao longo do ciclo vital (Machado et al., 2023). Neste sentido, a identificação e intervenção face às dinâmicas familiares, através da promoção de estratégias que potenciem os recursos da família alargada, minimizem os fatores de conflito e contribuam para a saúde e bem-estar do sistema familiar, assume-se como fundamental, justificada pela necessidade de uma abordagem especializada, promotora de saúde e adaptada às especificidades das famílias e dos seus membros (Floridi, 2020; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019).

Para que esta abordagem se concretize, é fundamental o recurso a referenciais teóricos que sustentem a prática clínica. A sua utilização, sustentada em três alicerces – prática, investigação e teoria – constitui a base para a conceção e qualidade dos cuidados prestados, orientados por uma base científica sólida, promovendo uma abordagem rigorosa e eficaz na tomada de decisão (Figueiredo M. H. et al., 2022). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo M. H., 2012), um referencial teórico e operativo, possibilita a orientação da prestação de cuidados focados na família, ao longo do ciclo vital, de acordo com as especificidades do sistema e dos seus membros (Ferreira M. M. H. P. et al., 2022; Figueiredo M. H., 2012;). Este modelo tem-se afirmado como uma referência na ESF já que promove a prestação de cuidados de qualidade neste contexto, permitindo a obtenção de ganhos em saúde sensíveis à prática de Enfermagem (Pinto, et al., 2024; Ribeiro, D. et al., 2021). No que concerne à prestação de cuidados aos membros das famílias, enquanto subsistemas, esta sustentou-se na Teoria das Transições de Meleis (2010).

No decorrer das UC, esteve subjacente a concretização de dois objetivos gerais: o desenvolvimento de competências para cuidar a família alargada, enquanto unidade de cuidados, e dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, bem como o desenvolvimento de competências que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da ESF.

Para a elaboração do presente relatório, teve-se em conta a tipologia familiar selecionada para o desenvolvimento das atividades que decorreram ao longo das UC, bem como a prestação de cuidados às famílias. Além disso, recorreu-se à pesquisa e consulta de literatura científica, livros, documentos oficiais da USF e informações disponibilizadas nas plataformas dos Sistemas de Informação (SI), como o MIM@UF, o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e o SClínico-CSP, assim como às orientações políticas nacionais e diretrizes do órgão regulador da profissão de Enfermagem – a OE.

Assim, o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo eles a caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio profissional, o enquadramento teórico, o desenvolvimento de competências clínicas, onde serão descritas as atividades desenvolvidas que concretizaram as competências referentes à prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, e, finalmente, os contributos para a prática profissional.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

2.1. Descrição do contexto da prática

Os CSP assumem-se como a base do SNS, sendo as USF o modelo que mais se associa a níveis elevados de motivação por parte dos profissionais e de satisfação dos utentes (Portaria n.º 411-A/2023). A motivação dos profissionais poderá ser justificada pela constituição multiprofissional das equipas, pela autonomia técnica e organizacional que lhes é conferida, bem como pela existência de incentivos financeiros associados ao cumprimento de objetivos e metas de qualidade (Bhatti et al., 2024; Biscaia & Heleno, 2017; Verulava, et al. 2024). No que respeita à satisfação dos utentes, esta encontra-se diretamente relacionada com a proximidade e continuidade da relação estabelecida com os profissionais, assim como com a acessibilidade aos cuidados (Cantalino et al., 2021; Protasio et al., 2017). Para além disto, as USF apresentam um papel importante no que concerne à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao acompanhamento das populações, proporcionando a continuidade de cuidados através da articulação com outros serviços de saúde (DL n.º 103/2023). A sua implementação deu-se em 2007, ao abrigo do DL n.º 298/2007, no qual se encontram explícitos os pressupostos de que estas devem ser constituídas por uma equipa multiprofissional, personalizada à população que abrange, dotadas de autonomia organizativa, funcional e de responsabilidade partilhada. Desde 2008 que as USF funcionavam integradas em ACeS, serviços de saúde autónomos, com várias unidades funcionais e integrados em centros de saúde (DL n.º 28/2008), até que, em 2023, o paradigma dos CSP mudou. O DL n.º 102/2023 veio integrar os ACeS, os hospitais e centros hospitalares, em ULS. Estas apresentam-se como uma estrutura integrada de cuidados de saúde que potencia a articulação entre equipas de profissionais e a autonomia na gestão dos cuidados, promovendo a proximidade e a continuidade dos serviços de saúde (DL n.º 102/2023).

A USF onde foram realizados o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, adota, desde 2008, o modelo organizativo do tipo B. A sua missão centra-se na

prestação de cuidados globais, acessíveis e de qualidade à população da área geográfica que abrange, garantindo a continuidade dos mesmos. Desde o início de 2024, que se encontra aglomerada a uma ULS do Norte de Portugal, com a qual partilha valores institucionais como a cooperação, a empatia, o trabalho em equipa e a gestão participativa, estando a sua visão assente numa prestação de cuidados de excelência, de proximidade, sustentável, adequada às necessidades individuais da população e baseada na vontade empreendedora dos profissionais (SNS, n.d.).

Neste contexto organizativo, destaca-se a carteira básica de serviços, que consiste num compromisso contratualizado no âmbito da vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados em situações de doença aguda, crónica e de patologia múltipla, e dos cuidados no domicílio (DL n.º 103/2023; Portaria n.º 1368/2007). Adicionalmente, contempla ainda a gestão do secretariado clínico/administrativo, do horário de funcionamento, da lista de utentes e da formação contínua, sujeitos a uma revisão anual e, idealmente, uniforme para todos os modelos de USF (DL n.º 103/2023; Portaria n.º 1368/2007).

A USF é constituída por uma equipa multiprofissional constituída por nove Médicos de Família, nove Enfermeiros de Família, dois deles EEECESF, e sete Secretários Clínicos. Para além destes, existem ainda médicos internos a realizar a sua formação específica em Medicina Geral e Familiar, alunas do curso de licenciatura e do curso de mestrado em Enfermagem de Instituições de Ensino Superior que detêm o curso de 1º e 2º ciclo de Enfermagem do Norte do país, demonstrando, assim, que é uma unidade que se dedica à formação pré e pós-graduada. Funciona em dias úteis, das oito às vinte horas e oferece as modalidades de contacto presencial programado e não programado, nas instalações da unidade ou em contexto domiciliário, bem como de contacto não presencial (incluindo teleconsulta). A reunião de equipa multiprofissional ocorre às sextas-feiras, pelo período de uma hora, onde se discutem assuntos que dizem respeito à unidade e se realizam ações de formação contínua, de acordo com o plano de formação estabelecido. A unidade partilha as suas instalações com a Unidade de Saúde Pública, com uma Unidade de Cuidados

na Comunidade e com parte da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, nomeadamente com os serviços de Psicologia e de Serviço Social. Para além disto, a USF beneficia de uma localização com boa acessibilidade, dispondo de paragens de transportes rodoviários nas proximidades, facilitando a deslocação de utentes e profissionais. Adicionalmente, conta com estacionamento público gratuito nas imediações, promovendo a comodidade para quem se desloca em viatura própria. Mais ainda, através da existência de múltiplos lugares de estacionamento diferenciado, de uma rampa de acesso, de elevador e de instalações sanitárias adaptadas, é acessível a indivíduos com mobilidade reduzida, grávidas, cidadãos com crianças pequenas e idosos. O seu Plano Assistencial Integrado (PAI), descrito no Plano de Ação das Unidades Funcionais (PAUF), assenta na melhoria da satisfação dos utentes e profissionais, no aumento do número de consultas domiciliárias e telefónicas e também na melhoria do acompanhamento de utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

De acordo com os dados retirados da plataforma BI-CSP (SNS, n.d.) consultados a 17 de maio de 2024 e referentes a abril de 2024, dos cerca de 1 392 555 utentes a que a ULS dá resposta e que se apresentam inscritos nos CSP, 15 847 são utentes da USF onde foi realizado o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II. No que diz respeito à ULS, a sua população faz-se representar através da pirâmide etária apresentada no lado esquerdo da Figura 1, e nesta pode-se observar uma distribuição populacional ampla e diversificada, com um número significativo de utentes, predominantemente do sexo feminino, nas faixas etárias adulta e idosa, sendo o nível de dependência igualmente elevado (54,18%, composto por 18,67% de jovens e 35,5% de idosos). Através da análise pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, representada no lado direito da Figura 1, conclui-se que esta revela uma distribuição homogénea entre homens e mulheres, com uma ligeira predominância feminina em praticamente todas as faixas etárias, tendo 3 230 mulheres (20,38%) com idades compreendidas entre os 15-54 anos – período fértil, mostrando que a faixa etária com menor representação é a das crianças (\leq seis anos, 4,70%). Apresenta ainda um número considerável de utentes em

idade ativa (entre sete e 64 anos, 69,86%), mas também uma significativa percentagem de idosos (25,45%), similar à verificada na ULS. Além disto, a USF compreende um índice de dependência elevado (58,06%, composto por 17,83% de jovens e 40,23% de idosos), ligeiramente superior ao da ULS, o que se poderá refletir numa carga significativa para a população ativa, exigindo políticas e serviços de apoio que permitam a manutenção da qualidade de vida tanto para os dependentes quanto para os cuidadores. Desta forma, ao compararmos os dados da USF com os da ULS podemos concluir que ambas as pirâmides mostram uma distribuição relativamente contrabalançada entre homens e mulheres, com uma ligeira predominância feminina em praticamente todas as faixas etárias, com uma maior concentração de utentes adultos (45-64 anos), e com uma notável presença de idosos (≥ 65 anos).

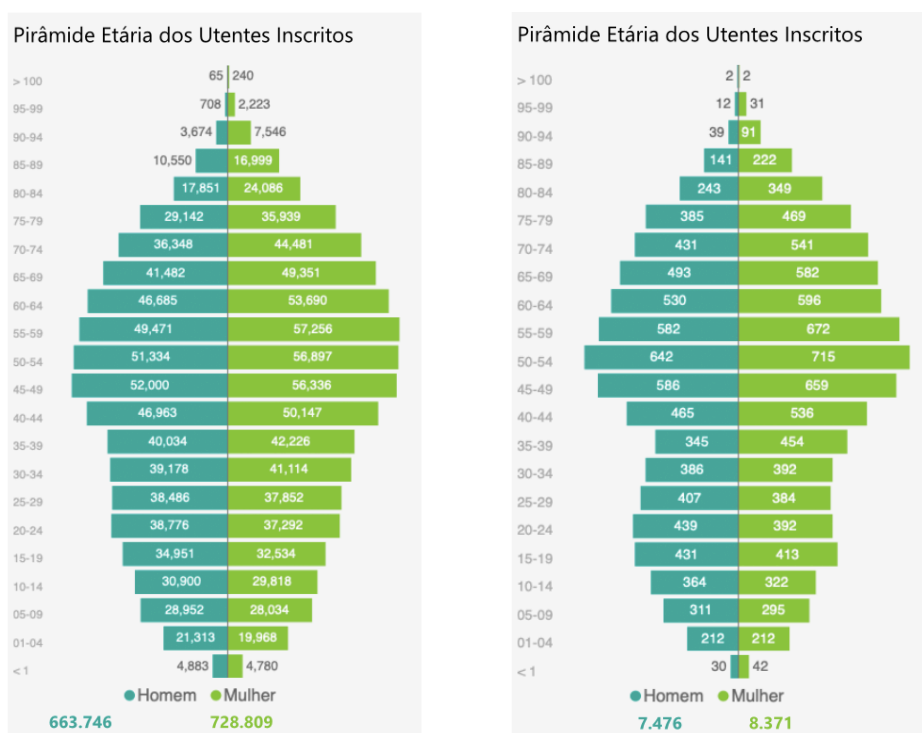


Figura 1 – Pirâmides etárias dos utentes inscritos na ULS vs. utentes inscritos na USF

Através da análise da pirâmide etária da população nacional, representada na Figura 2, observa-se que existe um estreitamento da base da pirâmide etária e um alargamento da mesma nas idades mais elevadas, o que revela que Portugal apresenta uma população envelhecida (Instituto Nacional de

Estatística [INE], 2022a). De acordo com os Censos de 2021, entre 2011 e 2021, os grupos etários entre os zero e os 39 anos sofreram uma diminuição da população, ao invés das faixas etárias acima dos 44 anos que aumentaram a sua significância (INE, 2022b). Em 2021, 12,9% da população apresentava idades compreendidas entre os zero e os 14 anos, 63,7% da população encontrava-se em idade ativa (15-64 anos) e 23,4% eram idosos (≥ 65 anos) (PORDATA, 2023). O nível de dependentes encontrava-se em 57,9%, sendo que destes, 37,3% correspondiam a idosos e 20,6% a jovens (INE, 2023b). Neste sentido, é de realçar que o índice de envelhecimento da população se encontra atualmente em 182, ou seja, existem 182 idosos por cada 100 jovens, que, face ao valor de 128 em 2011, vem confirmar a tendência de envelhecimento em Portugal. A análise do índice de envelhecimento através dos Censos 2021 demonstrou ainda uma dicotomia entre o litoral e o interior do país, sendo o interior Norte e Centro as regiões mais envelhecidas (INE, 2023b).

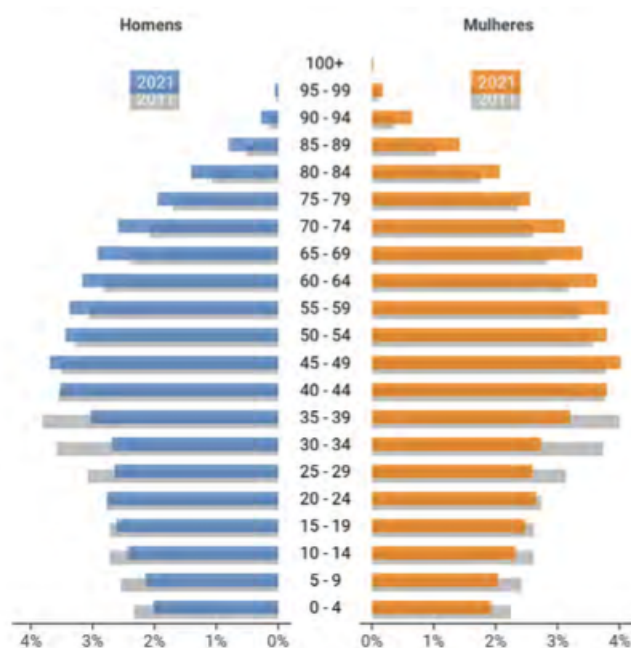


Figura 2 – Pirâmide etária da população nacional

Desta forma, conclui-se que a população está maioritariamente concentrada nas faixas etárias ativas. A proporção de idosos revela-se significativa em

todos os contextos, acompanhada por uma maior longevidade feminina, evidenciada pela predominância de mulheres nas faixas etárias mais avançadas. Os índices de dependência são igualmente elevados, sobretudo devido à expressiva presença de idosos, assim como a percentagem de mulheres em idade fértil. Além disso, verifica-se que a USF em questão apresenta um número de dependentes superior à média nacional.

Neste contexto, a análise das pirâmides etárias sublinha a importância de adaptar os serviços de saúde às características demográficas da população, enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada na prestação de cuidados, capaz de responder às mudanças no perfil populacional.

2.2. Caracterização das famílias

Do total das 6 778 famílias constituídas por 15 847 indivíduos inscritos na USF, 1 757 utentes e 772 famílias pertencem à listagem da enfermeira cooperante. Destas, foram caracterizadas 60, através de contactos oportunistas com os elementos da família que recorreram aos serviços de saúde entre o período de 22 de abril e 10 de maio de 2024. A colheita de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas com recurso a um guião (Anexo I), contemplando os seguintes itens: número de membros da família, tipo de família, subsistemas familiares presentes, etapa do ciclo vital de Duvall (Duvall & Miller, 1985), caso aplicável, a classe social através da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001), idade e sexo dos membros da família, membros com patologia crónica e qual, e membros dependentes no autocuidado, nível de dependência e prestador de cuidados dos mesmos. De modo a facilitar a caracterização das patologias crónicas mais prevalentes na listagem da enfermeira cooperante, estas foram divididas em cinco subgrupos, de acordo com Banatvala & Bovet (2023) e com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2024): cardiovascular, oncológica, endócrina e metabólica, respiratória, neurológica/distúrbios de ansiedade. Considerando que alguns utentes apresentavam mais do que uma patologia, foram ainda criados outros subgrupos que agregavam várias dessas patologias. No caso daqueles que não apresentavam nenhuma, inseriram-se na categoria saudáveis.

Procedeu-se, posteriormente, à análise dos dados recolhidos. As 60 famílias, constituídas por um total de 163 elementos, apresentavam, em média, cerca de 2,7 elementos por agregado familiar. A tipologia de família mais prevalente foi a família nuclear (46,7%), seguida pela família unipessoal (15%), pela família alargada e casal (11,75%), pela família monoparental (3,3%) e, por fim, pela família reconstruída e coabitação (1,6%), sendo os restantes 8,3% correspondentes a outras tipologias familiares. Comparativamente ao panorama nacional, de acordo com os Censos 2021, verifica-se que a família nuclear representa 61,4% dos núcleos familiares portugueses, um valor superior ao registado na amostra analisada (46,7%) (INE, 2022a, 2022b). As famílias unipessoais, monoparentais e reconstruídas apresentam, de igual forma, uma representatividade significativamente inferior na amostra estudada, quando comparadas com as médias nacionais de 24,8%, 18,5% e 8,8%, respetivamente (INE, 2022a, 2022b). No entanto, um dos aspetos que distingue a população estudada do contexto nacional é a expressiva presença de famílias alargadas, que atingem uma percentagem de 11,75% da amostra, sugerindo uma maior prevalência desta tipologia familiar na população estudada. A nível nacional, os Censos 2021 não apresentam uma categoria específica para famílias alargadas (INE, 2022a, 2022b), impossibilitando uma comparação direta. No entanto, o facto de as famílias alargadas apresentarem uma presença significativa na amostra reforça a sua significância na população atual. A análise dos subsistemas familiares revela que, com exceção das famílias unipessoais, as demais famílias apresentam uma diversidade de relações, nomeadamente os subsistemas conjugal, parental, filial e fraternal, que podem coexistir simultaneamente dentro do mesmo agregado.

Ao proceder-se à análise das famílias nucleares de acordo com a etapa do ciclo vital de Duvall (Duvall & Miller, 1985), verificou-se que a etapa mais prevalente era a VIII – família com membros idosos (39,3%), seguida da VI – família com jovem adulto a sair de casa (25%), da IV – família com filhos em idade escolar (17,9%), da II – família com filhos pequenos (7%) e, por fim, das etapas III – família com filhos em idade pré-escolar (3,6%) e VII – progenitores de meia-idade (3,6%), ambas com igual representatividade. Este padrão

reforça a predominância de famílias em fases mais tardias do ciclo vital, com um número significativo de agregados familiares em que os membros idosos continuam a desempenhar um papel ativo dentro do núcleo familiar.

A avaliação da classe social das famílias, realizada através da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001), revelou que 36,7% das famílias pertencem à posição social II – classe média alta, 33,3% à posição social III – classe média, 28,3% à posição social IV – classe média baixa e apenas 1,7% à posição social I – classe alta, não se verificando qualquer família na posição social V – classe baixa. Estes dados refletem as características socioeconómicas do município onde se insere a USF, uma área geográfica marcada por um baixo nível de desigualdade socioeconómica entre as famílias, o que significa que a discrepância de rendimentos e condições de vida são menores entre os vários agregados familiares. Atualmente, devido a uma tendência de crescimento progressivo dos rendimentos ao longo dos anos, estes situam-se num patamar superior ao dos municípios circundantes, traduzindo-se numa melhoria das condições e qualidade de vida dos residentes, bem como numa diminuição da diferença entre os mais ricos e os mais pobres, justificando, por isso, a prevalência de famílias na classe média alta e a inexistência de famílias na classe baixa, corroborando, desta forma, os dados encontrados (████████████████████, 2022).

No que concerne aos elementos constituintes das famílias, a sua média de idades corresponde a 50 anos, com um desvio padrão de 25, ao passo que, a nível nacional, a média de idades da população se situa nos 45,4 anos. Isto representa que a média de idades dos membros das famílias é superior à média nacional, sugerindo uma população ligeiramente mais envelhecida no grupo analisado em comparação com a população geral do país (INE, 2022b). A amostra faz-se representar por 79 utentes (48,5%) do sexo masculino e 84 (51,5%) do sexo feminino, muito semelhante ao panorama nacional – 47,6% de cidadãos do sexo masculino e 52,4% do sexo feminino (INE, 2022b). A média de idades dos utentes do sexo masculino situa-se nos 47 anos e a do sexo feminino nos 52 o que, comparativamente ao nível nacional, apresenta algumas diferenças: para as mulheres, a idade média nacional é de 46,9 anos,

inferior à da população da amostra das 60 famílias, e de 43,8 anos para a população masculina (INE, 2022b). No entanto, em ambos, o sexo feminino apresenta uma idade média superior do que o sexo masculino.

A análise da presença de patologias crónicas revelou que a maioria da população era saudável. No entanto, cerca de 44,3% dos utentes do sexo masculino e 13,1% dos utentes do sexo feminino apresentavam, pelo menos, uma patologia crónica, sendo possível observar que as mais prevalentes são, por ordem decrescente, as cardiovasculares, as endócrinas e metabólicas, as neurológicas (demência, *Alzheimer*, *Parkinson*) e os distúrbios de ansiedade. Em consonância com estes dados, o INE reportou que, em 2023, 44,5% da população com idade superior a 16 anos apresentava diagnóstico de uma patologia crónica, sendo esta condição mais comum entre as mulheres (47,7%) do que entre os homens (40,9%), bem como na população idosa (≥ 65 anos), onde a prevalência atingia os 71,1% (INE, 2023a). Portugal destaca-se, assim, como o terceiro país da União Europeia com a maior percentagem de indivíduos portadores de patologia crónica (44,7%), superando a média europeia de 36,1%. As patologias crónicas constituem um fator determinante na mortalidade, sendo que, em 2023, 95,7% dos óbitos de residentes em Portugal foram atribuídos a causas naturais, isto é, decorrentes de patologias, enquanto 4,3% tiveram origens não naturais (INE, 2023a). Entre as patologias com maior relevância neste âmbito, as cardiovasculares destacaram-se como a principal causa de morte, representando 25,9% do total de óbitos, principalmente nos grupos etários com idade igual ou superior a 65 anos e no sexo masculino. Já no que concerne aos distúrbios de ansiedade, 4,3% da população com idade igual ou superior a 16 anos apresentava sintomas de ansiedade, com 11,1% mostrando níveis graves, sendo mais frequente entre as mulheres e a população idosa. As doenças neurológicas apresentavam-se, igualmente, mais significativas entre mulheres, com uma maior incidência em faixas etárias mais avançadas. No grupo das patologias endócrinas e metabólicas, a diabetes *mellitus* assume-se como a principal causa de morte deste grupo (INE, 2023a). Desta forma, os resultados encontrados estão em consonância com os dados nacionais, indicando uma elevada prevalência de

patologias crônicas, especialmente entre os idosos e as mulheres, evidenciando o seu impacto significativo na mortalidade da população.

Em relação à presença de elementos da família com dependência, existiam seis famílias com um membro dependente, o que corresponde a 3,7% da totalidade da população em estudo. A determinação do grau de dependência efetuou-se com recurso à utilização da Escala de *Barthel* (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2023). Assim, das 60 famílias alvo de estudo, quatro integravam um membro adulto dependente do sexo feminino (dois em grau elevado e dois em grau moderado), uma família integrava uma criança dependente do sexo feminino (em grau moderado) e uma família integrava um membro adulto dependente do sexo masculino (em grau moderado). Nestes contextos, os prestadores de cuidados identificados foram os filhos, os cônjuges e, no caso da criança de 10 anos, os pais. Desta forma, concluiu-se que a listagem da enfermeira cooperante apresentava uma maior percentagem de idosos do que de jovens dependentes, o que é coincidente com os dados nacionais, da ULS e da USF, previamente enunciados.

Deste modo, importa ainda realçar que a população é representada predominantemente pelo sexo feminino, por idades mais elevadas, bem como por uma proporção significativa de elementos da família com patologia crónica e um elevado nível de dependência, confirmando assim a tendência nacional de envelhecimento populacional. A caracterização das famílias revelou que existe um número dominante de famílias na classe média alta, o que poderá retratar uma melhoria das condições e qualidade de vida na região da USF. Depois da família nuclear, as famílias unipessoais e alargadas são as que apresentam uma proporção mais significativa, comprovando que a tipologia de família está a mudar e que isso se reflete em estruturas familiares mais diversificadas e onde se encontram presentes diversas gerações. A elevada prevalência de patologias crónicas e o envelhecimento populacional realçam a necessidade de uma abordagem integrada na prestação de cuidados de saúde, adaptados às necessidades específicas de cada família. Assim, torna-se evidente a necessidade premente de explorar o papel das famílias alargadas, especialmente numa sociedade em que as mulheres adiam cada vez mais a

maternidade (Nazaré et al., 2022) e onde o envelhecimento populacional é um desafio crescente (Kämpfen et al., 2018).

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família é definida como uma unidade social ou um conjunto de indivíduos unidos por laços de sangue, afinidade, vínculos emocionais ou relações legais (ICN, 2019), caracterizando-se pela interdependência dos seus membros no que concerne a suporte físico, emocional e económico (Kaakinen et al., 2018). Alves & Carvalho (2018) e Figueiredo, M. H. (2012) acrescentam que esta pode ser representada como um sistema aberto que se encontra em transformação contínua, englobando simultaneamente vários subsistemas interdependentes que transcendem vínculos familiares. A família constitui-se como um sistema complexo, autopoietico e coevolutivo, onde o seu todo é mais do que a soma das suas partes, sendo, ao mesmo tempo, diferente da soma das mesmas, no qual estabelecem interações específicas entre si, conferindo-lhes autonomia e identidade próprias enquanto grupo (ICN, 2019; Figueiredo, M. H. 2012; Relvas, 2003). Para Abrunhosa (2023) e Lee & Han (2024) a família é ainda considerada como a base das estruturas da sociedade e um dos seus mais antigos pilares, reconhecendo a sua relevância na prestação de cuidados. No que concerne às variadas configurações familiares existentes, ainda que não exista um total acordo entre autores acerca da sua identificação, Figueiredo, M. H. (2012) apresentou uma divisão organizada dos tipos de família, que permite integrar as suas estruturas e configurações: casal, família nuclear, casal do mesmo sexo, legalmente ou não casados, com filho/os adotados, família reconstruída, família monoparental, coabitação família institucional, comuna, unipessoal e, finalmente, alargada (Figueiredo, M. H. 2012; Martins et al., 2019; Santiago & Figueiredo, M. H. 2023).

Desde meados do século XIX, em resultado de profundas mudanças nos contextos económicos, sociodemográficos e políticos, verificaram-se alterações marcadas na estrutura das tipologias familiares, acompanhadas pela redefinição dos papéis dos seus membros, tanto na família como na sociedade (Antunes, 2023; Ehmer, 2021; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019). Na origem destas transformações estiveram a mudança do papel da mulher na sociedade, a atribuição de um novo significado ao casamento, bem como os

efeitos da industrialização e a urbanização (Antunes, 2023; Ehmer, 2021; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019). Quando vivenciadas pelas famílias, estas transformações poderão ter repercussões tanto no todo, como nos subsistemas que o compõem, uma vez que as famílias são influenciadas pelo meio onde estão inseridas, refletindo-o simultaneamente (Henriques & Santos, 2019). Destas interações bidirecionais entre a família e o meio, destacam-se os fatores culturais do meio, como as ideologias políticas, o desenvolvimento económico ou as tradições religiosas, que terão impacto direto na estrutura e características das famílias, promovendo alterações no seu seio, onde os subsistemas nela presentes terão de se adaptar às mudanças sob forma de alcançarem um equilíbrio (Henriques & Santos, 2019; ICN, 2019; Figueiredo, M. H. 2012; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019; Moreira et al., 2020). Independentemente da sua tipologia, as famílias e os seus membros desempenham papéis específicos de modo a dar resposta às necessidades dos mesmos, corresponder às expectativas do meio onde se inserem, bem como preservar a integridade da família (Spínola & Figueiredo, M. H. 2023). Estas modificações potenciam transformações nas suas tipologias, fomentando o aparecimento de novas configurações familiares não tradicionais, com diferentes organizações e constituídas não só por elementos com laços consanguíneos, como também afetivos, como é o caso das famílias alargadas, afastando-se da configuração mais tradicional (Baudin et al., 2023; Henriques & Santos, 2019; Santiago & Figueiredo, M. H. 2023).

A família alargada, também frequentemente denominada por família multigeracional, é definida como aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, como ainda outros parentes, indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco (Baudin et al., 2023; Martins et al., 2019; Santiago & Figueiredo, M. H. 2023). A conceção desta configuração poderá estar relacionada com necessidades económicas e sociais sentidas pelos seus membros, assim como com a eficácia das respostas sociais às mesmas (Baudin et al., 2023; Martins et al., 2019; Santiago & Figueiredo, M. H. 2023). A presença destes núcleos familiares pode ainda ser explicada por fenómenos como a geração *boomerang*

– adultos que voltam a viver em casa dos pais; a geração sanduíche – adultos que cuidam dos seus pais idosos e simultaneamente dos seus próprios filhos; ou a geração canguru – jovens adultos que, apesar de apresentarem condições para se emanciparem, prolongam a sua estadia em casa dos pais por uma questão de conforto próprio (Carnut & Faquim, 2014; Murphy, 2019). Parte do total de famílias alargadas resulta do acolhimento, nestes agregados, de famílias monoparentais – constituídas por uma única figura parental e uma ou mais crianças (Figueiredo, M. H. 2012; Martins et al., 2019). Este fenómeno poderá ser justificado por questões como o aumento do número de divórcios, a redução do número de casamentos, casamentos tardios e menos duradouros, o nascimento de filhos fora do casamento e de situações de mães/pais solteiros (Perez et al. 2019; Silva, C. M. & Neves, 2023). Por outro lado, poderá igualmente fundamentar-se na transição de uma família nuclear para uma família alargada, devido à necessidade de cuidar dos membros mais idosos ou, inversamente, pela participação da geração mais velha nos cuidados dos netos (Perez et al. 2019; Silva, C. M. & Neves, 2023). Esta poderá estar associada a uma transição epidemiológica relacionada com o aumento das patologias crónicas, com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, do nível de dependência, ou, no caso em que a geração mais velha assume o cuidado dos seus netos, relacionada com a carga horária laboral e com o papel da mulher no mundo do trabalho (Chen et al., 2017; Campbell, 2022; García-Vivar et al.; 2019; Hantrais et al.; 2020). Verifica-se que a primeira geração tem assumido um papel de suporte financeiro para os mais novos, algo que se tem vindo a tornar mais frequente no século XXI em comparação com as gerações anteriores, fruto, essencialmente, das crises socioeconómicas sentidas na atualidade (Chen et al., 2017; Campbell, 2022; García-Vivar et al., 2019; Hantrais et al., 2020). Assim, apesar de presentes por todo o mundo e em diversos contextos, as famílias alargadas assumem especial importância em ambientes marcados por pobreza e fracas redes de apoio social (Baudin et al., 2023). Além disso, as gerações intermédias desempenham um papel central no seio familiar já que são elas que tanto poderão apoiar como receber o apoio de outros membros, sob a forma monetária ou de cuidado, acabando por se

suprimir necessidades sentidas pelos membros da família (Floridi, 2020; Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019).

As forças da família referem-se a um conjunto de características que, independentemente da estrutura ou composição familiar, fortalecem a capacidade de as famílias enfrentarem desafios ou situações de *stress*, resolverem conflitos eficazmente e manterem a saúde da família e o bem-estar dos seus membros (Lee & Han, 2024). Os laços entre os seus elementos, sejam familiares ou de amizade, a multigeracionalidade, a intergeracionalidade e a transgeracionalidade assumem-se como forças da família alargada, podendo, simultaneamente, representar fatores geradores de conflito na dinâmica familiar (Baudin et al., 2023; Chen et al., 2017; Hornstra & Ivanova, 2023; Martins et al., 2019; Santiago & Figueiredo, M. H. 2023). De acordo com Marquez-Velarde (2020), o termo multigeracionalidade evidencia a presença de mais do que uma geração na família, enquanto a intergeracionalidade se refere à interação e à reciprocidade na partilha de experiências, conhecimentos e aprendizagens entre gerações (Matějka & Kořán, 2024). Já a transgeracionalidade, conceito que mais ação exerce sobre as famílias alargadas, refere-se aos componentes que atravessam a história familiar ao longo das gerações, estando intimamente relacionado com a influência exercida pelas gerações mais velhas sobre as mais novas, através da transmissão de valores, comportamentos e padrões familiares, além de heranças culturais, emocionais e sociais (Bell & Hellmann, 2019). Desta forma, é possível perceber que a família, neste contexto, desempenha um papel fulcral na construção das identidades pessoal e social dos seus membros, realçando que as decisões e atitudes de um indivíduo estão associados à sua história familiar (Machado et al., 2023). A família alargada poderá estar alicerçada num elevado número de subsistemas — indivíduo, geração, núcleos e composições — interligados entre si, caracterizando-se pela coexistência de famílias nucleares próprias e pela possibilidade de os seus membros pertencerem simultaneamente a vários subsistemas, assumindo diferentes papéis, em função das suas tarefas e desafios específicos, por períodos de tempo mais prolongados do que noutros tipos de família (Araújo et al., 2023;

Vicente & Sousa, 2010). Isto poderá refletir-se numa maior propensão ao conflito já que o vínculo da relação fortalecido pela coabitação apresenta uma influência direta na sobreposição de papéis, em que os limites dos papéis nem sempre são compreendidos ou respeitados, já que a estrutura familiar poderá apresentar múltiplas variações ao longo do seu ciclo vital, evidenciando uma complexidade de relações familiares e uma maior interação multigeracional (Araújo et al., 2023; Moreira et al., 2020). A multigeracionalidade, a estrutura e a dinâmica familiar, assim como os aspetos pessoais dos elementos da família, poderão exercer uma função facilitadora em relação à saúde dos seus membros, mas também dificultadora quando os padrões familiares das gerações mais velhas se perpetuam de forma disfuncional, impedindo o desenvolvimento da individualidade e o crescimento dos seus membros (Wang et al., 2023). Hantrais et al. (2020) e Jesus et al. (2017) acrescentam que os conflitos nas famílias alargadas resultam, em grande parte, da convivência multigeracional com diferentes visões de mundo, comportamentos e valores. A presença de indivíduos com idade mais avançada, considerados dotados de um maior conhecimento devido à sua experiência de vida, que sentem ter legitimidade para influenciar e julgar as decisões das gerações mais jovens, assim como a discrepância existente entre as expectativas dos mais velhos e a realidade das escolhas dos mais novos, são fatores precipitantes de conflito nestas famílias (Hantrais et al. 2020; Jesus et al., 2017). Assim, para que uma família alargada possa ser considerada funcional, deverão ser estabelecidos limites dentro dos subsistemas familiares, o exercício de poder dentro das mesmas flexibilizado, existir uma adaptação aos desafios que vão surgindo ao longo do ciclo vital e ser um sistema aberto, que evolui ao mesmo tempo que influencia e é influenciado pelo ambiente que a circunda (Machado et al., 2023). A tendência é que, assim que as diferentes gerações amadureçam emocionalmente e comecem a compreender-se mutuamente, os conflitos diminuam e passem a ser geridos de forma saudável (Jesus et al., 2017).

Decorrente das especificidades destacadas, torna-se fundamental explorar o Modelo Transgeracional no contexto da intervenção familiar, uma vez que este explora a influência e o impacto das gerações passadas sobre as atuais no

desenvolvimento individual e familiar, apresentando abordagens distintas sobre as dinâmicas familiares. Bowen, M. e Kerr (1988), Whitaker e Bumberry (1988) e Boszormenyi-Nagy (1987), principais referências do modelo, partilham uma visão sistémica sobre a família e realçam a importância da influência intergeracional e da necessidade de compreender e trabalhar os padrões familiares de modo a promover a saúde e bem-estar da família e dos seus membros (Machado et al., 2023). Esta abordagem deverá ter por base o conhecimento dos membros, das suas funções e papéis, das suas forças e necessidades, bem como das questões multigeracionais, através da elaboração de planos de cuidados que contemplem as várias dimensões geracionais (Araújo et al., 2023; Otto & Ribeiro, 2020).

A ESF, amplamente reconhecida como uma componente fundamental da Enfermagem (Abrunhosa, 2023), é uma área disciplinar que possui um conjunto de conhecimentos específicos (Figueiredo, M. H. 2012), podendo ser definida como o ato de cuidar das famílias, como um todo, como um sistema ou como uma parte integrante do meio, através da utilização de diferentes abordagens à família (Gülçek, 2022; Obbia, 2021). Isto significa que o foco central de atuação da ESF deverá ser a família, que se poderá representar como um recurso para o incremento da qualidade de vida dos seus membros, tendo em conta características como a complexidade, a globalidade, a reciprocidade, a multidimensionalidade, bem como a história familiar e o contexto em que as famílias estão inseridas (Abrunhosa, 2023; Figueiredo, M. H. 2012). Os pilares fundamentais da ESF assentam em três grandes áreas teóricas: as ciências sociais, a Enfermagem e a terapia familiar (Figueiredo, M. H. 2012). De acordo com Hanson (2005), esta última, sustentada epistemologicamente pela Teoria Geral dos Sistemas, pela Teoria da Cibernética e pela Teoria da Comunicação Humana, demonstra ter uma maior influência no âmbito das práticas terapêuticas em ESF, reforçando a visão da família como unidade sistémica de carácter evolutivo (Hanson, 2005; Figueiredo, M. H. 2012). A história da ESF, quer num contexto global quer em Portugal, está intimamente ligada à evolução dos sistemas de saúde e à

emergência da implementação de abordagens de saúde centradas na comunidade e na família (Dellafiore et al., 2022).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, destaca-se, neste contexto, uma vez que sublinhou a relevância dos CSP como um pilar para a promoção da saúde global e redução das desigualdades (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978). Neste contexto, a ESF assume um papel crucial já que integra um acompanhamento contínuo e personalizado às famílias e aos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital (OMS, 1978). Em Portugal, a consolidação dos CSP deu-se após a implementação do SNS, ocorrida em 1979, através da expansão de infraestruturas e da cobertura assistencial (Lei n.º 56/1979; Silva, M. A. 2023). Em 2007, ao abrigo do DL n.º 298/2007, surgem as USF, uma estratégia inovadora de organização e prestação de cuidados de saúde primários, com modalidades organizativas e de gestão mais flexíveis, com autonomia funcional e administrativa, aliadas a uma responsabilidade partilhada pelos membros das equipas multiprofissionais, que enfatizam o seu cuidado às famílias e aos seus membros de uma forma integrada e personalizada (Fronteira et al., 2020). Posteriormente, em 2017, o DL n.º 73/2017 veio clarificar a necessidade de os enfermeiros que integram as USF possuírem o título de especialista em ESF, assumindo-se como os profissionais de referência no acompanhamento personalizado das famílias, reconhecendo, então, os CSP e os seus elementos como uma componente central do SNS (DL n.º 28/2008; DL n.º 73/2017). Em 2018, a OE publicou o regulamento de competências específicas do EEECESF, sucedendo ao primeiro publicado em 2011, o qual afirma que este deverá prestar cuidados à família enquanto unidade de cuidados, assim como aos membros que a constituem, realçando a necessidade de incorporar várias teorias ou estruturas conceptuais na prática, bem como liderar e colaborar em processos de intervenção no contexto da ESF, através da mobilização e articulação de recursos (Henriques & Santos, 2019; Regulamento n.º 428/2018). Em 2023, com o intuito de promover a articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde, a sua continuidade, o reforço na proximidade e uma maior aposta na promoção de saúde, foi implementado um novo modelo organizacional do SNS,

integrando antigos ACeS, hospitais e centros hospitalares: as ULS (DL n.º 102/2023). Assentes no conceito de integração vertical dos cuidados de saúde, as ULS pretendem promover uma prestação de cuidados mais coordenada e eficiente, uma maior fluidez na transição entre serviços, garantindo o acompanhamento contínuo dos utentes ao longo do seu percurso assistencial, a acessibilidade aos serviços de saúde, a continuidade dos cuidados e otimização dos recursos disponíveis, fomentando uma gestão mais racional e sustentável do SNS (Nunes, 2024). Para além da eficiência operacional, as ULS vieram reforçar a autonomia das unidades de saúde e incentivar a participação ativa de cidadãos, comunidades e profissionais na definição das políticas de saúde, permitindo uma resposta mais adequada às necessidades específicas de cada região através da simplificação dos processos administrativos (DL n.º 102/2023).

No âmbito da ESF, o EEECESF deverá adotar uma abordagem sistémica à família, integrando os aspetos previamente referidos de modo a mapear as relações familiares e identificar padrões que possam influenciar a saúde dos seus membros, assumindo-se como o profissional de excelência para o mesmo, já que é da sua competência cuidar das famílias, no decorrer do seu ciclo de vida e em variados níveis de prevenção, assim como mobilizar e articular com profissionais de diferentes áreas (Regulamento n.º 428/2018). Deverá prestar cuidados assentes numa relação terapêutica dinâmica, baseada nos recursos e forças das famílias, e orientada para soluções geradoras de mudança, sendo o responsável pela articulação dos cuidados com outros profissionais de saúde, uma vez que se encontra integrado em equipas multiprofissionais, promovendo a ligação das famílias aos recursos disponíveis nas comunidades onde estas se inserem (Ferreira, M. M. H. P. et al., 2020; Regulamento n.º 428/2018). Desta forma, apresenta um papel crucial no âmbito da promoção de cuidados integrados e personalizados para as famílias (Ferreira, M. M. H. P. et al., 2020).

Para que o seu papel na prestação de cuidados seja efetivo e sustentado, o EEECESF deverá fundamentar a sua prática em referenciais teóricos, já que estes se constituem como uma base científica que orienta a prestação de

cuidados, assegurando a qualidade dos mesmos (Hansen & Dysvik, 2022). Estes referenciais conferem legitimidade científica à profissão, sustentando o processo de tomada de decisão e contribuindo para o desenvolvimento da mesma (Nascimento, F. C. et al., 2023). Assim, com o objetivo de dar visibilidade ao contributo dos enfermeiros nesta área e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo, conseqüentemente, para mais ganhos em saúde, surge o MDAIF (Figueiredo, M. H. 2023). O MDAIF constitui-se como um referencial teórico e operativo norteador da tomada de decisão dos cuidados às famílias, que apresenta na sua base o pensamento sistémico como referencial epistemológico, e o Modelo Calgary de Avaliação na Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família como fontes teóricas, integrando múltiplos conceitos, pressupostos, princípios, definições e a sua matriz operativa (Figueiredo, M. H. 2023). Esta última é dinâmica, flexível e interativa, orienta para a formulação de diagnósticos e apresenta propostas de intervenção, que se interrelacionam com os variados componentes do modelo e é transversal ao processo de Enfermagem (Figueiredo, M. H. 2012, 2023). Engloba três dimensões avaliativas e operativas: a estrutural – que se refere à composição da família, aos vínculos existentes entre esta e outros subsistemas e a questões relacionadas com o ambiente em que se insere e que se poderão identificar como riscos de saúde; a de desenvolvimento – associada à evolução da família e intimamente relacionada com as etapas do ciclo vital das mesmas, promovendo uma melhor compreensão das características intrínsecas de cada família; e, por fim, a funcional – relacionada com os padrões de interação entre os membros das famílias e o desempenho de funções e tarefas (Figueiredo, M. H. 2012). Cada dimensão avaliativa contempla diversas áreas de atenção, com critérios de diagnóstico que auxiliam na identificação do problema, guiando a execução das intervenções e possibilitando a avaliação dos resultados em função dos objetivos e das necessidades identificadas, promovendo a capacitação dos membros da família para enfrentar as exigências decorrentes das transições vivenciadas ao longo do ciclo de vida (Figueiredo, M. H. 2012). O MDAIF, desde a sua criação, tem-se afirmado como uma referência na ESF, orientando as práticas de Enfermagem às famílias, bem como a formação e

investigação neste âmbito (Pinto et al., 2024), sendo que reconhecido pela Associação Internacional de Enfermagem de Família como um modelo para a prática (*International Family Nursing Association, n.d.*; Figueiredo, M. H. 2023).

4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O objetivo deste capítulo assenta na apresentação das atividades realizadas durante a componente clínica, focadas no desenvolvimento de competências associadas à prestação de cuidados à família e aos seus membros, bem como à liderança e colaboração em processos de intervenção na área da ESF. Essas atividades foram orientadas pelas competências comuns e específicas do EEECESF, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 428/2018 da OE.

4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

O presente subcapítulo foca-se na competência específica do EEECESF: a prestação de cuidados à família na sua totalidade, ou seja, como unidade de cuidados, nos diversos níveis de prevenção ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018).

Neste sentido, e tendo em conta as particularidades da lista de famílias da Enfermeira Cooperante, foram selecionadas seis famílias do tipo alargada, cujos elementos apresentam relações de parentesco entre si e que incluem três gerações da família. No primeiro contacto com as famílias, foi-lhes transmitido o propósito do acompanhamento a realizar e assegurada a confidencialidade e privacidade de cada agregado familiar, quer no que diz respeito aos momentos de consulta de Enfermagem, quer como ao posterior desenvolvimento do presente relatório. Neste sentido, após o consentimento dos seus membros e de forma a assegurar a sua não identificabilidade, as famílias foram representadas no relatório por algarismos entre o um e o seis, e os seus membros por letras maiúsculas, podendo ou não coincidir com as iniciais dos seus nomes. As consultas foram realizadas quer em contexto da USF quer em contexto domiciliário.

De modo a consolidar a prestação de cuidados às famílias alargadas, adotou-se o MDAIF (Figueiredo, M. H. 2012) como referencial teórico, sendo que a sua matriz operativa permitiu orientar a conceção de cuidados e a decisão clínica. Assim, para cada família foi produzido um documento onde se sistematizou a

avaliação e intervenção familiar, detalhando as diferentes dimensões da matriz, os focos, os diagnósticos e critérios de diagnóstico e as respectivas intervenções (Anexo II). Reconhecendo que uma qualquer alteração vivenciada pelo sistema familiar pode impactar os seus membros individualmente, considerou-se pertinente a aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010). Esta é uma teoria que visa compreender os processos de transição vivenciados pelos indivíduos e o impacto dos mesmos ao longo do seu ciclo de vida (Meleis, 2010). A teoria contempla quatro tipos de transição: as do desenvolvimento, que correspondem às mudanças naturais que ocorrem ao longo do ciclo de vida do indivíduo; as situacionais, que dizem respeito a eventos específicos como o casamento, o divórcio ou a mudança de emprego; as de saúde-doença, que englobam situações de diagnóstico, hospitalização, recuperação ou progressão de uma condição clínica; e as organizacionais, relacionadas com alterações no contexto social, político, económico ou no funcionamento das instituições de saúde (Lima et al., 2016; Meleis, 2010). A Teoria das Transições destaca ainda o papel central da Enfermagem no acompanhamento de indivíduos em períodos de transição, enfatizando a importância da identificação precoce dos mesmos e da intervenção apropriada de modo a facilitar a adaptação e a promover transições saudáveis e equilibradas ao longo do ciclo de vida (Costa, 2016; Meleis, 2010). Desta forma, o recurso à Teoria das Transições (Meleis, 2010) permitiu uma abordagem holística do indivíduo, ao considerar as características das transições, possibilitando uma intervenção ajustada às suas especificidades (Meleis, 2010).

A identificação das necessidades e forças da família, bem como a avaliação, o diagnóstico e a monitorização dos cuidados, são áreas de competências consideradas fundamentais para um enfermeiro cuja prática é centrada na família (Figueiredo, M. H. & Fonseca, 2023). Os instrumentos de avaliação familiar emergem, então, com o propósito de proporcionar uma compreensão aprofundada e sistémica da família, orientando a intervenção familiar face àquelas que são as necessidades das mesmas (Figueiredo, M. H. 2023b). Intrínsecos ao modelo selecionado e à sua matriz operativa, os instrumentos de

avaliação familiar utilizados foram o genograma (Bowen, M. 1993) e a psicofigura de *Mitchell* (Marau, 2007), o ecomapa (Hartman, 1995), a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão familiar (FACES II) (Figueiredo, M. H. et al., 2023), a Escala de APGAR familiar de *Smilkstein* (1978) e a Escala de Readaptação social de Holmes e *Rahe* (1967).

O genograma, uma ferramenta desenvolvida no contexto da intervenção familiar e fundamentada nas teorias de sistemas familiares de Bowen, M. (1993), constitui-se como uma técnica de intervenção ativa que, com base numa representação visual através da utilização de símbolos, destaca a organização familiar ao longo de, pelo menos, três gerações (Alexander et al., 2022; Figueiredo, M. H. et al., 2023b). Permite a identificação das forças e recursos da família, bem como dos seus problemas, facilitando a formulação de hipóteses sobre a relação das adversidades familiares e orientação das intervenções definindo áreas prioritárias (Figueiredo, M. H. et al., 2023b). Este instrumento, a par com a Psicofigura de *Mitchell* (Marau, 2007), possibilita a representação da autoperceção dos membros da família acerca das relações estabelecidas entre si, podendo ser integrado no genograma ou construído de forma independente, servindo-se da utilização de diferentes formas, como linhas, para retratar as tipologias diversificadas de vínculos, destacando a complexidade dos laços familiares e proporcionando uma análise mais profunda das dinâmicas familiares (Figueiredo, M. H. et al., 2023b). No seguinte subcapítulo, onde será explanada a prestação de cuidados à família, serão apresentados os genogramas das famílias, desenvolvidos com recurso ao programa *GenoPro*®. A par com estes dois instrumentos, o ecomapa, formulado por Ann Hartman em 1975 (Hartman, 1995), demonstra ser um recurso valioso sob forma de analisar as relações e interações familiares e sociais com o meio externo, demonstrando a interação com os sistemas mais amplos e realçando, uma vez mais, as necessidades e recursos da família (Figueiredo, M. H. 2023a).

Segundo Figueiredo, M. H. (2012), a classe social apresenta interferência direta na organização das famílias, influenciando as suas crenças e valores,

bem como a forma como usufruem dos serviços sociais e de saúde, facilitando a compreensão dos recursos da família e dos seus fatores de *stress*. A escala de Graffar surgiu em 1956, concebida por Graffar, tendo sido posteriormente adaptada à população portuguesa por Amaro, sofrendo a sua última atualização em 2001, operacionaliza-se através da avaliação de itens como: a profissão, a instrução, a origem do rendimento familiar, o tipo de habitação e o local de residência (Amaro, 2001). Desta forma, permite identificar a classe social das famílias e avaliar condições de risco e as transformações nos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial, percebendo se estes se apresentam como uma limitação à acessibilidade aos serviços de saúde e um impedimento ao seu bem-estar (East et al., 2020).

Em relação à Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES II), o seu recurso é essencial para analisar a coesão e a adaptabilidade da família, referente à ligação emocional entre os seus membros e à sua capacidade de resposta a eventos geradores de *stress* (Figueiredo, M. H. et al., 2023).

A Escala de APGAR familiar, desenvolvida em por Smilkstein (1978), é um instrumento que permite a avaliação da perceção que os membros das famílias apresentam no que concerne ao seu funcionamento, bem como da sua capacidade de expressar o seu grau de satisfação em relação ao cumprimento das funções básicas familiares (Gomes et al., 2019). APGAR refere-se, em português, a: adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão, permitindo classificar a família como funcional ou disfuncional (Figueiredo, M. H. et al., 2023a; Rosário et al., 2020).

A Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* (1967) constitui um instrumento de avaliação familiar que permite quantificar o impacto de eventos de vida significativos e a sua relação com o *stress* e a doença, considerando as transformações experienciadas num período de um ano (Holmes & Rahe, 1967; Figueiredo, M. H. et al., 2023a). Baseando-se na premissa de que mudanças substanciais exigem um processo de adaptação e podem aumentar a vulnerabilidade a problemas de saúde, esta escala atribui uma pontuação a

diferentes acontecimentos de vida, como a morte de um familiar, o divórcio ou a reforma, sendo que, a partir da soma das pontuações dos eventos vivenciados e de acordo com o grau de esforço necessário para a readaptação psicológica e social, possibilita a categorização do risco de doença (Wallace et al., 2023).

Paralelamente à utilização dos instrumentos de avaliação familiar previamente explanados e considerando que esta é uma abordagem centrada na família, a Entrevista Familiar Sistêmica (EFS) foi igualmente aplicada como recurso. Fundamentada na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria da Comunicação Humana, esta abordagem é dotada de três princípios: a neutralidade, a hipotetização e a circularidade (Figueiredo, M. H. 2023c; Zordan et al., 2012). A neutralidade corresponde à ausência de julgamentos em relação aos membros da família e aos seus comportamentos, mantendo a imparcialidade, a hipotetização diz respeito uma presunção formulada com base em informações prévias da família com a intenção de ser confirmada ou não, e que se afirma como o ponto de partida da EFS, já a circularidade, está intimamente ligada ao questionamento circular, está relacionada com a partilha, por parte dos membros da família, acerca da sua percepção sobre a relação familiar, procurando obter respostas que alterem ou sustentem a hipótese previamente enunciada (Figueiredo, M. H. 2023c; Zordan et al., 2012). Estes, através da sua inter-relação, fomentam as forças das famílias, a sua autonomia e o seu desenvolvimento (Figueiredo, M. H. 2023c). A EFS integra quatro etapas: o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização, que possibilitam a compreensão do sistema familiar (Wright & Leahey, 2012), através da compreensão da estrutura e da dinâmica da família, da identificação de problemas, e da avaliação da forma de comunicação e dos níveis de *stress*, tensão e resiliência, contribuindo para a adaptação às transições familiares e para a promoção de mudanças que contribuam para o bem-estar dos seus membros (Jaramillo & Vélez, 2019; Sequeira et al., 2023). Neste contexto, o papel do enfermeiro deverá assentar no acompanhamento da família (Ferré-Grau, 2023), criando um vínculo terapêutico com a mesma, identificando as suas necessidades e auxiliando-a na co-construção de novas narrativas,

integrando-se como parte do sistema terapêutico (Alves & Carvalho, 2018), assumindo um papel de orientação, apoio e colaboração (Schlunegger et al., 2023).

No decorrer da prestação de cuidados às famílias, foram ainda utilizadas técnicas transversais e específicas, que possibilitaram uma compreensão mais detalhada das famílias, dos seus membros e respetivas dinâmicas, permitindo a formulação de diagnósticos e a correspondente intervenção familiar.

As técnicas transversais de intervenção sistémica constituem um conjunto de estratégias que possibilitam a identificação e resolução de contrariedades vivenciadas pelas famílias, promovendo a reorganização do seu funcionamento e a reinterpretção das dinâmicas relacionais (Figueiredo, M. H. 2023c). No decorrer da prestação de cuidados, recorreu-se à aplicação de cinco tipos de questões. As questões lineares, frequentemente utilizadas no início das consultas, desempenham um papel fundamental na recolha de informações relevantes sobre a família, permitindo obter uma visão estruturada da perspetiva de cada membro, a formulação de hipóteses e, conseqüentemente, a definição do problema (Figueiredo, M. H. 2023c). O questionamento estratégico permite orientar a família para novos padrões de resposta através da confrontação dos seus membros com comportamentos e reações relacionadas com o problema (Nichols & Davis, 2016). Já as questões reflexivas focam-se na co-construção de novas perceções face às interações e comportamento dos membros das famílias, promovendo a auto-organização das famílias através da redefinição de significados (Figueiredo, M. H. 2023c). Por sua vez, as questões circulares, assentes nos princípios da circularidade e da neutralidade, permitem explorar as interações, perceções e comportamentos dos membros da família, facilitando a compreensão das dinâmicas relacionais e a reflexão sobre as diferentes perspetivas e padrões familiares (Evans & Whitcombe, 2016). Estas podem ser divididas em diferenciais, relacionadas com as diferenças entre os membros da família, as suas crenças, sentimentos, ou comportamentos, que têm como objetivo que os indivíduos explorem os seus comportamentos e o seu impacto no sistema familiar, hipotéticas, que assentam em potenciar a perceção da família face aos

problemas atuais e futuros, e, finalmente, de díade ou tríade, referentes à autopercepção dos membros da família em relação às interações entre os mesmos (Figueiredo, M. H. 2023c; Wright & Leahey, 2012). Utilizaram-se ainda as questões de escala, um recurso que permite quantificar comportamentos, com o objetivo de avaliar o grau de envolvimento dos membros face às mudanças necessárias para a resolução do problema (Figueiredo et al., 2022). Para além disso, trata-se de uma ferramenta que facilita a definição de objetivos e metas a atingir, incentivando os membros da família a assumir um papel ativo no processo de mudança (Nichols & Davis, 2016).

No que concerne técnicas específicas de intervenção sistémica, os rituais terapêuticos, o reenquadramento e a metáfora foram as selecionadas para a avaliação e intervenção familiar. Os rituais terapêuticos definem-se como um conjunto de comportamentos que apresentam como principal objetivo a criação de novos padrões dentro do sistema familiar (Figueiredo, M. H. & Dias, 2023). A contratualização de um novo comportamento, por parte dos membros da família, e a sua ritualização, com descrição de todos os pormenores relacionados com o mesmo, proporciona a sua implementação (Figueiredo, M. H. & Dias, 2023). O reenquadramento é uma estratégia de *coping* que permite analisar de que modo a família lida com eventos de *stress*, através da utilização dos seus recursos, para torná-los mais aceitáveis, possibilitando a interrupção de ciclos que perpetuam o problema e a promoção de uma maior adaptabilidade do sistema familiar (Kelly, 2020; Ribeiro, D. & Figueiredo, M. H. 2023). Já a metáfora consiste numa abordagem terapêutica de intervenção familiar que permite a expressão e ressignificação de um sintoma ou problema familiar através da apresentação simbólica dos mesmos (Figueiredo, M. H. & Dias, 2023a; Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Zuluaga et al., 2020). Ao simplificar a comunicação entre os seus membros, o seu uso proporciona um meio indireto e não confrontativo para abordar a situação da família (Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Zuluaga et al., 2020), demonstrando os padrões de interação existentes e potenciando a procura de soluções (Figueiredo, M. H. & Dias, 2023a; Macagno & Rossi, 2019).

Nos subcapítulos seguintes, será explanada a prestação de cuidados a três famílias, onde constará a colheita de dados, a avaliação e intervenção familiar, de acordo com o MDAIF (Figueiredo, M. H. 2012), e a avaliação e intervenção individual, com base na Teoria das Transições de Meleis (2010), bem como a análise dos resultados. Posteriormente, será elaborado um resumo abrangente das seis famílias alvo da prestação de cuidados.

4.1.1. Família 1

No que concerne à Família 1, foram realizadas três consultas de ESF na USF, contando com a presença de um dos seus membros: S.

De modo a serem obtidas informações acerca da composição familiar, foram efetuadas questões lineares a S., o que permitiu, desta forma, a elaboração do genograma e psicofigura de *Mitchell* da Família 1, representados na Figura 3.

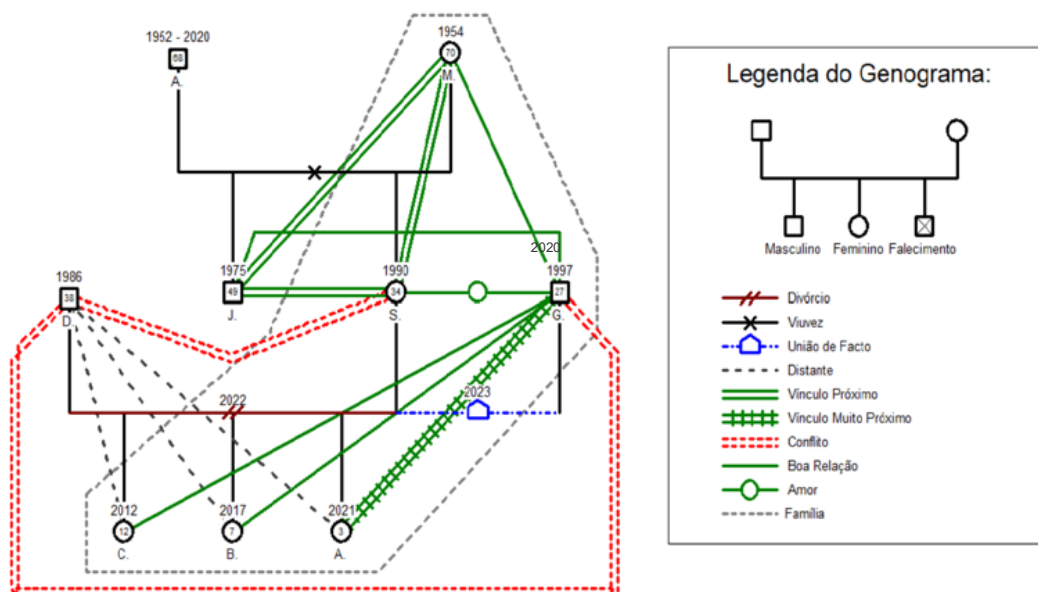


Figura 3 – Genograma e psicofigura de *Mitchell* da Família 1

A Família 1, de acordo com a Figura 3, é uma família alargada constituída por S., de 34 anos, o seu companheiro G., de 27 anos, as filhas de S., C., B. e A., com 12, 7 e 3 anos de idades, respetivamente, e ainda por M., de 70 anos, mãe de S. e avó das três crianças. M. era casada com A., que faleceu em

2020, com quem teve dois filhos, J., de 49 anos, e S. Desta forma, é possível inferir que estão presentes na família quatro subsistemas: conjugal, parental, filial e fraternal.

S. esteve casada com D., pai das suas filhas, tendo-se divorciado em 2022. Foram pais pela primeira vez quando S. tinha 22 anos e D. 26. Segundo a mesma, o processo de divórcio foi “bastante complicado”, resultando numa relação de conflito e de desentendimento entre o ex-casal. No momento da separação, ficou acordado em tribunal que S. passaria a deter a totalidade da guarda das três crianças e que D. poderia passar um fim-de-semana com as filhas de duas em duas semanas e agendar encontros com as mesmas, durante a semana, em consonância com S. Desde o divórcio, segundo S., D. “nunca mais foi o mesmo pai... liga-lhes, às vezes, durante a semana, mas falam muito pouco... nunca as vem buscar, a não ser nos sábados ou domingos dos fins-de-semana dele... mas mesmo assim, devia vir buscá-las à sexta-feira e trazê-las no domingo, mas nunca aconteceu. Vai só almoçar ou jantar com elas”. S. revela ainda que desde que começou o seu relacionamento com G., em 2022, e especialmente desde que começaram a viver juntos, em 2023, que “as coisas só pioraram” e que não consegue “ter uma relação minimamente boa com o D.”. S. afirma ainda que D. “está cada vez mais distante das filhas”, algo que a entristece muito. No entanto, refere que G. tem uma ótima relação com as suas filhas sendo “como um pai para elas”, especialmente com A., a mais nova, já que quando começaram o seu relacionamento “ela era muito pequenina e eles afeiçãoaram-se muito um ao outro”.

Relativamente à família extensa, S. revela que as suas filhas, C., B. e A., mantêm contacto com o pai, D., presencial e telefónico. Em relação ao primeiro, as crianças encontram-se de duas em duas semanas para almoçar ou jantar com o mesmo, sendo que, em relação ao contacto telefónico, este acontece, segundo S., “uma ou duas vezes por semana”. S. refere que estes momentos entre D. e as filhas acontecem “a muito custo”, uma vez que a relação entre eles está “cada vez mais distante”. No que diz respeito a J., irmão de S. e filho de M., S. refere que ambas apresentam um vínculo forte com o

mesmo, tendo um contacto próximo e frequente, quer telefonicamente, quer pessoalmente. J. é caracterizado como fonte de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ainda como fonte de ajuda material e de serviço.

Face aos sistemas mais amplos, S. refere apresentar um vínculo forte com os seus amigos e as escolas das filhas, e ainda um vínculo intermédio com o seu trabalho e a instituição de saúde USF. Estes dados revelam que S. dispõe de uma rede social de apoio fora do núcleo familiar, o que pode ser um fator protetor em termos emocionais e práticos (Negi & Sattler, 2024). A forte ligação à escola das filhas sugere um envolvimento ativo na sua educação e bem-estar, refletindo o seu sentido de responsabilidade parental. No que se refere aos vínculos intermédios, a relação com o trabalho pode indicar uma conexão neutra, ou seja, S. exerce uma atividade laboral, mas sem lhe atribuir um papel central na sua vida. Este vínculo intermédio pode ainda revelar desafios na conciliação entre vida profissional e pessoal, o que pode influenciar o seu equilíbrio e bem-estar. Quanto à USF, o vínculo intermédio pode sugerir uma utilização pouco frequente dos serviços de saúde e uma relação menos próxima com os profissionais. Tal pode ter implicações na adesão às orientações de saúde e no acesso oportuno aos cuidados, sendo um aspeto relevante a considerar na prestação de cuidados (Kılıç & Güneş, 2024; Reach, 2023).

Após a aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), foi possível identificar que a Família 1 pertence à posição social IV – média baixa, obtendo a classificação total de 10 valores relativos a três itens avaliados. Os membros S. e G. apresentam o 12º ano de escolaridade e profissões de grau 4, sendo que a origem dos rendimentos familiares advém de rendimentos certos. O tipo de habitação e o local de residência não foram avaliados uma vez que não se realizaram visitas domiciliárias a esta família e, por esse motivo, não existiu a oportunidade de o conhecer.

As áreas de atenção avaliadas na Família 1, tendo por base a matriz operativa do MDAIF, estão representadas no Quadro 1 e serão posteriormente explanadas.

Quadro 1 – Áreas de atenção avaliadas na Família 1

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção
Estrutural	Rendimento Familiar
	Abastecimento de Água
	Animal Doméstico
De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal
	Planeamento Familiar
	Papel Parental
Funcional	Processo Familiar

Dimensão Estrutural

Relativamente ao rendimento familiar, tal como previamente enunciado, a família apresenta rendimentos decorrentes da atividade profissional de S. e G., bem como da reforma de M.: “o dinheiro é suficiente para as nossas despesas. Temos os nossos ordenados e a reforma da minha mãe. Nós os três conseguimos fazer com que resulte. Não podemos ter uma vida desafogada nem ter luxos. Há meses mais difíceis do que outros. (...) O pai das meninas só ajuda mesmo com a pensão de alimentos e porque é obrigado. Mas vamos gerindo conforme as despesas”. O abastecimento de água da casa da família é efetuado através da rede pública e a família não possui animais domésticos. Assim sendo, foram identificados os seguintes diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente e Abastecimento de Água Adequado.

Dimensão do Desenvolvimento

Na área de atenção Satisfação Conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relacionadas com a Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual e Função Sexual, de acordo com a perspectiva de S.

Relativamente à Relação Dinâmica, pretendeu-se obter dados relacionados com a satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas, com a satisfação com o tempo que passam juntos e com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. Nesse sentido, questionou-se de forma linear como era feita a gestão das tarefas domésticas e como S. se sentia em relação à mesma, tendo esta afirmado que “as tarefas vão sendo divididas entre nós (...) o G. faz imensas coisas em casa, ajuda com as meninas (...)” e que sente que a forma como fazem essa divisão “funciona (...) às vezes, faço eu mais, outras vezes é ele, conforme aquilo que é preciso”. Face ao tempo que o casal passa junto, foi utilizada, primeiramente, a questão linear “em relação à vida em casal, sente-se feliz com o tempo que passa a sós com o G.?” , à qual S. respondeu: “Não posso dizer que é o tempo que eu gostava..., mas eu sou mãe de três crianças e, como é lógico, elas precisam muito de mim. Especialmente com o pai tão ausente. Mas o G. percebe isso e tem feito muito pelas meninas, é mesmo como um pai para elas”. Face à resposta obtida, utilizou-se ainda a seguinte questão de escala: “Nesse caso, se tivesse de atribuir um número entre 1 e 10, em que 1 seria pouco satisfeita e 10, muito satisfeita, como é que classificaria a sua satisfação em relação ao tempo que passa com G.?” , tendo S. respondido: “Acho que daria um 6, enfermeira”. Neste seguimento, questionou-se o motivo pelo qual atribuiu este valor e não outro, sendo que S. revelou que escolheu o 6 “porque acho que neste momento não temos tantos momentos desses como gostávamos, mas também podíamos ter ainda menos.” De modo a perceber o motivo pelo qual S. afirma que o casal poderia ter ainda menos momentos juntos, questionou-se “Porque é que diz que poderia ter ainda menos?”, ao que S. respondeu: “Por causa das meninas. É normal... depois mais os nossos trabalhos, mais as coisas da vida normal, nem sempre é fácil”. À questão “Nesse caso, gostaria que pensasse um pouco e me dissesse o que poderia ser feito, na sua perspectiva, para atingir o valor 10

quanto à satisfação em relação ao tempo que passa com o G.?” S. respondeu: “Acho que temos de nos esforçar para termos mais momentos só os dois... contrariar a rotina e sermos só namorados mais vezes”. De seguida, de modo a promover a reflexão de S. acerca do ponto de vista de G. acerca desta situação, utilizou-se a questão reflexiva: “E se o G. estivesse aqui, como é que acha que ele iria descrever esta situação?”, ao que S. respondeu: “Acho que ele ia dizer o mesmo... que gostava de passar mais tempo comigo, só os dois”.

A análise da Relação Dinâmica revela que S. assume um papel central na organização familiar, priorizando as responsabilidades parentais e domésticas, o que pode impactar a relação conjugal. A satisfação moderada com o tempo passado com G. reflete um equilíbrio entre a vida familiar, profissional e afetiva, sendo que reconhece a falta de momentos a dois, mas aceita-a como inevitável. Esta aceitação passiva pode, a longo prazo, contribuir para o desgaste da relação, tornando essencial a adoção de estratégias que promovam uma maior satisfação entre os papéis parentais e conjugais. Assim, torna-se pertinente incentivar a criação de momentos de conexão que fortaleçam o vínculo do casal sem comprometer o bem-estar familiar (Jiménez-Picón et al., 2021). Desta forma, face aos dados obtidos, foi identificado o diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida relacionado com Relação Dinâmica Disfuncional, manifestada pela não satisfação do casal pelo tempo que passam juntos.

No âmbito da dimensão operativa da comunicação, recorreu-se ao questionamento linear e circular: “A S. sente-se confortável para conversar com G. acerca de como se sente?”, “Nas relações é habitual existirem momentos de discordância entre o casal. Nesses momentos, considera que conseguem chegar a acordo?”, “Quando discutem, quem é que costuma procurar o falar com o outro primeiro?”, “Quando a S. se sente mais em baixo, como reage o G.?” e “Como é que a S. acha que o G. se sente nessas situações?”. S. revelou que se sente bastante confortável para conversar com G. afirmando que “ele é o meu melhor amigo, é a pessoa que sabe logo quando eu não estou bem e que mais me puxa para cima. Ele não descansa até me conseguir pôr a rir (...) Nós conversamos muito. Aliás, foi assim que tudo isto começou. Começamos a

conversar e percebemos que nos entendíamos como ninguém.”, e que facilmente entram em acordo, dizendo que “numa relação, às vezes, tem de haver cedências e compreensão. E nós temos conseguido isso.” Desta forma, é possível compreender que S. se encontra satisfeita com o padrão de comunicação do casal, apresentando, por isso, uma Comunicação Eficaz.

Ainda relacionado com a área de atenção Satisfação Conjugal, avaliou-se a Interação Sexual e a Função Sexual. Desta forma, às questões “Em relação ao vosso padrão de atividade sexual, considera-se satisfeita ou gostaria de alterar alguma coisa?”, “Quando estão juntos, sentem que conseguem desligar-se das preocupações do dia a dia?” e “Como é que acha que o G. vê esta mesma situação?”, S. respondeu “Como lhe disse, gostava que tivéssemos mais momentos a dois. Nem só para estes momentos, mas também para algumas atividades a dois (...) Às vezes, nós tentamos esquecer o mundo e pensar que estamos só os dois... mas é muito difícil porque, às vezes, ouvimos as meninas a chamar e depois já não conseguimos voltar onde estávamos (...) eu acho que ele vê isto da mesma maneira que eu (...)”. Assim sendo, identificaram-se os diagnósticos: Satisfação Conjugal Não Mantida relacionado Interação Sexual Não Adequada, manifestada pela não satisfação do casal com o padrão da sexualidade.

Posto isto, para além do questionamento estratégico e reflexivo, recorreu-se à técnica de intervenção específica dos rituais terapêuticos, estabelecendo como intervenções: planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto. Ressalva-se que, apesar da prestação de cuidados ter sido realizada com apenas um elemento da família, a sua intencionalidade é sistémica, em termos de díade (Wright & Leahey, 2012) e, portanto, visou impactar não apenas o bem-estar individual de S., mas também a dinâmica relacional do casal e, consequentemente, o funcionamento do sistema. Assim, as intervenções propostas apresentaram como objetivo promover um equilíbrio entre os diferentes papéis desempenhados por S. e G., fortalecendo a relação conjugal sem comprometer a estrutura familiar. Dessa forma, ao intervir na satisfação conjugal, procurou-se potenciar a resiliência do sistema familiar, garantindo que as mudanças implementadas beneficiassem a relação entre o casal.

Neste sentido, procurou-se perceber que tipo de atividades ou rituais que o casal tinha, quais S. gostaria de recuperar e qual o motivo para tal. S. identificou: “(...) sair para jantar, ir ao cinema, ir passear até qualquer lado (...)”, uma vez que estas eram as atividades que o casal costumava partilhar no passado. Seguidamente, criou-se um espaço para que S. pudesse definir, de forma colaborativa, qual atividade em concreto pretendia realizar, bem como a frequência com que a implementaria no mês seguinte, estabelecendo dias e horários específicos para a sua concretização. Nesta fase, apenas se orientou S. a delinear estratégias viáveis para que a atividade escolhida fosse realista e exequível dentro da sua rotina diária, garantindo que não representasse uma sobrecarga adicional, mas sim um momento significativo e benéfico para a relação conjugal. S. decidiu, então: “(...) vamos ao cinema e jantar fora... o G. tinha-me dito que saiu um filme que ele gostava de ver. Por isso, acho que vai ser isso.”. O ritual iria iniciar-se no “(...) próximo sábado, e depois podemos fazê-lo uma vez por mês”. S. afirmou ainda que iria pedir apoio à sua mãe, M., para ficar responsável pelas crianças durante o tempo em que o casal estivesse fora.

Na terceira consulta, procedeu-se à avaliação dos resultados da intervenção realizada. S. afirmou que o casal instituiu o ritual a que se tinha proposto demonstrando felicidade, concretização e entusiasmo para continuar. Revelou ainda que conseguiu discutir com G. projetos futuros individuais e enquanto família e que se sentiu mais próxima dele, quer nesse momento, quer nos que se seguiram: “(...) nós já não fazíamos assim nada os dois há algum tempo... e posso-lhe dizer que realmente nos fez muito bem! (...) Resolvemos alguns assuntos, ficamos mais próximos (...) e eu sinto que andei muito mais bem-disposta... não *stressei* tanto com as coisas do dia-a-dia (...)”; “A minha mãe ficou toda contente por nós termos ido sair e não se importou nada de ficar com as meninas.”; “Agora, é continuar!”. Assim, foi possível observar que o casal implementou o ritual estipulado, produzindo efeitos positivos no relacionamento conjugal e na coesão familiar, nomeadamente no reforço da proximidade e ligação entre o casal, na melhoria na comunicação e na redução da tensão e do

stress no quotidiano. Desta forma, identificou-se o diagnóstico: Satisfação Conjugal Mantida.

Em relação à área de atenção do Planeamento Familiar, foi questionado a S. se o casal planeava ter mais filhos, pelo que esta afirmou que “por mais louco que possa parecer, sim. Quatro filhos é uma loucura. Mas gostávamos muito de ter um filho os dois. Se calhar, daqui a uns dois aninhos”. Com base nesta afirmação, foram efetuadas perguntas relacionadas com o uso e conhecimento de métodos contraceptivos, com o conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional e com o conhecimento sobre reprodução. Assim, obtiveram-se os seguintes dados: o casal utiliza a pílula anti contraceptiva como método, estando, segundo S., ambos satisfeitos com o mesmo e procedem à sua utilização de forma adequada (“Foi o que sempre usei e dou-me bem.”, “Sei que tenho que ter cuidado com alguns antibióticos que cortam o efeito da pílula, a diarreia, os vómitos...”, “(...) usamos o preservativo nesses casos”. S. apresenta conhecimento relativamente à vigilância pré-concepcional já que, nas suas gestações anteriores, realizou a vigilância pré-concepcional. De acordo com a mesma, S. apresenta conhecimento sobre reprodução, resultante das suas experiências anteriores, bem como daquilo que ela e G. aprenderam nos seus percursos escolares (“Eu já fui mãe três vezes, sei bem como isto funciona”; “Também se aprende sobre isto na escola”). Assim, não se encontraram problemas relativos a esta área de atenção.

Avaliou-se ainda a área de atenção do Papel Parental – família com filhos pequenos e Papel Parental – família com filhos na escola, onde se colocaram questões lineares de modo a obter dados acerca dos seguintes aspetos: conhecimento do papel, adaptação da família à escola, comportamentos de adesão e, finalmente, consenso, conflito e saturação do papel. Numa família com esta especificidade, caracterizada pela presença de três crianças em diferentes fases do desenvolvimento, pela presença de várias gerações e pela forte responsabilidade materna na gestão familiar, esperava-se encontrar desafios relacionados com a conciliação entre os diferentes papéis desempenhados por S., com a adaptação das crianças à escola e com a divisão de responsabilidades entre os membros da família (Jæger, 2012;

Vicente & Sousa, 2010; Zanisi & Bordone, 2025). Assim, uma vez que D. se encontra predominantemente ausente, procurou-se avaliar a percepção de S. sobre o seu papel parental e a forma como equilibra as suas responsabilidades parentais e os restantes compromissos familiares e laborais, o nível de envolvimento de G., uma vez que foi identificado como uma figura de apoio essencial na dinâmica familiar, as estratégias adotadas para a adaptação das crianças à escola e às rotinas de cada uma, verificando eventuais dificuldades e necessidades, e ainda a existência de conflitos ou sobrecarga. Desta forma, identificou-se que S. assumia um papel parental central, gerindo grande parte das responsabilidades associadas às crianças. Em relação à adaptação das crianças à escola S. afirma que “correu bem, sem problemas”, demonstrando um envolvimento ativo na sua educação: “(...) tento ajudá-las sempre nos trabalhos de casa, vou às reuniões com as professoras sempre que posso e quando não consigo, marco uma hora para ir lá falar com elas (...) vamos sempre todos as festinhas (...)”. G. e M. foram identificados como elementos de suporte na dinâmica familiar, contudo, perceberam-se sentimentos de cansaço por parte de S. (“... claro que às vezes me sinto cansada (...) ter três crianças assim pequenas é difícil”), associados à necessidade de conciliar as exigências parentais com a sua vida profissional e conjugal. Ainda assim S. afirmou: “Eu amo ser mãe e amo as minhas filhas. Faço tudo por elas!”, “Não imagino a minha vida de outra forma.”, pelo que se elencou o diagnóstico: Papel Parental Adequado.

Dimensão Funcional

No âmbito da Dimensão Funcional, teve-se em conta a área de atenção Processo Familiar.

No que concerne à comunicação, ao longo da consulta, S. foi fornecendo informações de que se sente satisfeita com a forma como os membros da família expressam os seus sentimentos, referindo, diversas vezes, que a comunicação está muito presente nas dinâmicas da família. Em relação a G., S. afirma: “Nós conversamos muito. Aliás, foi assim que tudo isto começou. Começamos a conversar e percebemos que nos entendíamos como ninguém”.

Quanto à sua comunicação com as filhas, refere ainda que: “Não sou muito de dar castigos... prefiro falar com elas e explicar-lhes as coisas. E gosto que elas falem também comigo sobre o seu dia, que se passou, o que correu bem e mal”. Já em relação a M., S. revelou que apresenta uma relação próxima com a mãe e que ambas conversam “sobre tudo (...) ela ainda me chama a atenção quando é preciso (...) mas eu também lhe digo as coisas que acho que devo dizer, com respeito, claro (...) mas é uma mãe-amiga”. Quanto à comunicação entre M. e G., S. partilhou que “se dão bem e falam o normal”. Já sobre a relação entre a avó e as netas, comentou que “elas gostam muito de estar com a avó... contam-lhe as coisas da escola, ensinam-lhes as músicas que aprendem... e ela também fala muito com elas... ensina-lhes aqueles ditados de antigamente, conta-lhes histórias, leva-as para o quintal para elas irem brincar para a terra (...) também as chama a atenção, se for preciso, e elas têm muito respeito pela avó, que isso eu faço questão”.

Para avaliar o *Coping* Familiar, recorreu-se ao questionamento linear e circular, permitindo compreender as estratégias utilizadas pela família para enfrentar desafios e resolver conflitos. A resposta de S. indica que todos os membros da família identificam os problemas existentes e procuram encontrar soluções de forma conjunta, alternando entre momentos de cedência e negociação. A afirmação “às vezes sou eu a dar o braço a torcer, outras vezes é o G. Quando há chatices com a minha mãe, é igual...” demonstra um padrão de resolução baseado na flexibilidade e na comunicação, elementos essenciais para um *coping* familiar eficaz. À questão “Se a sua mãe ouvisse esta conversa, o que acha que ela diria sobre a forma como vocês resolvem os problemas?”, S. afirmou que “as discussões fazem parte de qualquer família, é normal... o importante é que nós no fim nos entendemos, por isso, eu acho que ela ia dizer que nós conseguimos resolver bem as coisas entre nós”, o que evidencia uma abordagem normalizadora dos conflitos e a existência de aceitação e resiliência dentro da dinâmica familiar. Quando questionada sobre a sua satisfação relativamente à forma como a família soluciona os problemas e se recorre a recursos externos, S.: “Como já lhe tinha dito, eu e o G. falamos muito um com o outro. E isso é assim com a minha mãe também. E lá está, temos conseguido

ultrapassar os problemas assim (...) não gostamos de falar sobre as nossas coisas ou o que se passa em casa com o outros”, o que demonstra que os recursos internos da família são suficientes para lidar com os desafios. Solicitou-se ainda que S. exemplificasse uma experiência anterior positiva na resolução de problemas, pelo que S. afirmou que: “No início do nosso namoro, havia muita gente contra nós, porque o G. era mais novo que eu (...) O problema nunca foi a minha mãe, mas as outras pessoas falavam muito e às vezes isso criava problemas lá em casa. Mas nós falávamos muito sobre essas coisas e, no fim, conseguimos ultrapassar”.

Quanto à Interação de Papéis e à Relação Dinâmica, a avaliação foi, novamente, realizada através do recurso a questões lineares e circulares. Sob a ótica de S., não se encontraram informações reveladoras de conflitos de papéis familiares, relacionadas com o papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, recreativo e de parente, nem disparidade relativamente ao poder na família, existindo conexão entre os seus membros e satisfação relativamente ao modo como esta é manifestada. Após a aplicação da escala da funcionalidade da família (Apgar de *Smilkstein*) a S., percebeu-se que, de acordo com a sua visão, esta é uma família altamente funcional, obtendo a classificação de oito valores.

Avaliação e Intervenção Individual

A par com a avaliação e intervenção familiar, procedeu-se igualmente à avaliação e intervenção individual de S. Ao longo das consultas, foi possível identificar que S. experienciava sentimentos de tristeza, mágoa, frustração e desilusão relacionados com o divórcio de D., o afastamento do seu ex-marido em relação às suas filhas, o incumprimento do regime de partilha de custódia e o progressivo deterioramento da relação entre ambos após o início do seu novo relacionamento. Em contrapartida, manifestou sentimentos de gratidão, reconhecimento e compromisso relativamente ao seu atual companheiro, G., reconhecendo o seu papel enquanto figura de apoio emocional e estrutural na família. Descreve-o como uma figura compreensiva, que respeita o seu papel de mãe e que, apesar de não ser pai biológico, assumiu essa função na

dinâmica familiar. S. demonstra ainda empenho na consolidação do seu relacionamento, revelando intenção de investir na relação e fortalecer os laços familiares.

À luz da Teoria das Transições de Meleis, pode-se inferir que S. se encontra a vivenciar um processo de transição situacional e de desenvolvimento. A transição situacional relaciona-se com a separação conjugal que representou uma mudança estrutural significativa na dinâmica familiar, exigindo um reajuste dos papéis de S. enquanto mãe, filha e companheira. Já a transição de desenvolvimento, embora também presente, surge de forma mais consolidada, uma vez que S. demonstra competência e adaptação face aos desafios da parentalidade, apresentando vários indicadores de resultado positivos nesse domínio. O padrão de transição observado é múltiplo e simultâneo, na medida em que S. se encontra a gerir adaptações em múltiplas dimensões da sua vida: a gestão da parentalidade, o estabelecimento de um novo vínculo conjugal e a vivência de emoções associadas à relação anterior. Estes elementos coexistem e interagem entre si, exigindo um processo de adaptação contínuo. Além disso, observa-se a propriedade de consciencialização, pois S. reconhece as transformações que está a vivenciar e manifesta um compromisso ativo na sua adaptação. Apesar dos sentimentos negativos que persistem face ao comportamento de D., S. reconhece que não pode influenciar diretamente as suas atitudes, tendo assumido uma postura de aceitação: “Neste momento, o mais importante são as meninas e o G., que tem sido o meu grande apoio. Tudo o que aconteceu com o D., da minha parte, ficou para trás. Já tentei muitas vezes falar com ele e fazer com que as coisas fossem diferentes, mas já percebi que não vale a pena. Isso é uma coisa que não depende de mim, só depende dele.” Este processo de adaptação tem sido facilitado pelo suporte proporcionado por G. e pela sua mãe, pela capacidade de comunicação e de resolução de conflitos dentro da família, assim como pela sua capacidade de aceitar a nova realidade, de promover novas dinâmicas familiares e de investir no seu relacionamento atual. Como fatores inibidores, destacam-se a presença de sentimentos de mágoa e frustração em relação a D. e a ausência da partilha de responsabilidades parentais com o mesmo.

S. evidencia padrões de resposta positivos, alinhados com os indicadores de processo da Teoria das Transições de Meleis. Demonstra sentir-se ligada à sua rede de suporte, revela capacidade de integração, pois consegue incorporar as novas dinâmicas familiares na sua identidade, reorganizar papéis e expectativas e apresenta um nível significativo de estar situada, reconhecendo as suas limitações no que diz respeito à relação com D. e ajustando as suas expectativas, centrando-se naquilo que pode controlar. Por fim, evidencia capacidade para desenvolver confiança e *coping*, recorrendo a estratégias de aceitação e apoio social para gerir os desafios e encontrar equilíbrio.

Os indicadores de resultado demonstram que S. está a integrar esta transição de forma funcional, apresentando progressos na adaptação emocional e familiar, demonstrando capacidade de *coping* e investimento no bem-estar próprio e da sua família. Concluiu-se, por isso, que se encontra num percurso de integração fluída da identidade e progressão para a mestria, refletido na consolidação do novo núcleo familiar e na gestão das mudanças vivenciadas.

4.1.2. Família 2

Relativamente à Família 2, foram efetuadas quatro consultas de ESF no espaço físico da USF, estando presentes dois membros da família: G. e P.

Assim, similarmente ao que foi realizado com a Família 1, recorreu-se ao uso de questões lineares a ambos os membros, de modo a serem obtidas informações acerca da composição familiar, e desta forma, elaborar o genograma e psicofigura de Mitchell da Família 2, representados na Figura 4.

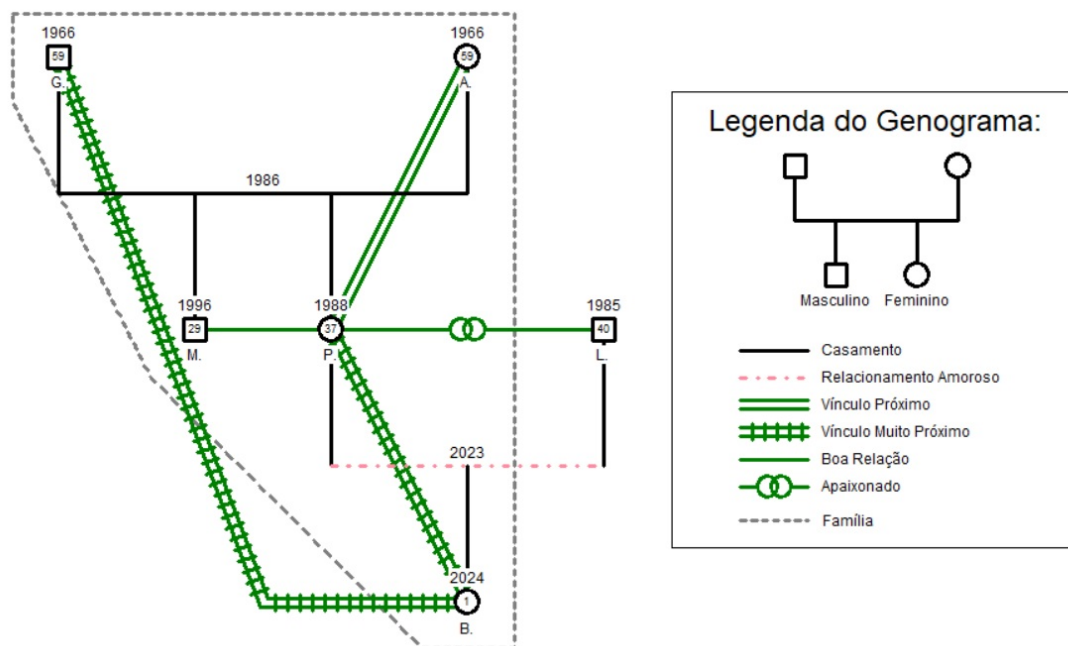


Figura 4 – Genograma e psicofigura de *Mitchell* da Família 2

A Família 2, segundo a Figura 4, é uma família do tipo alargada e apresenta na sua constituição cinco membros: G. e A., ambos de 59 anos e casados desde 1986, os seus filhos, P., de 37 anos, e M., de 29 anos, e por B., filha de P., nascida em 2024. Nesta família, encontram-se presentes os subsistemas conjugal, parental, filial e fraternal.

B. é fruto de um relacionamento amoroso entre P. e L., de 40 anos. A gravidez de P. não foi planeada, tendo sido descoberta numa fase tardia, às 17 semanas. A gestação foi devidamente vigiada após P. ter conhecimento da mesma. Segundo a própria, L., após a surpresa inicial, ficou muito contente com a notícia, estando presente na vida dela e de B.: “Ao início, foi um choque. Não estávamos a contar. Mas agora, não há amor como este!”. Para G. e A. a notícia de que iam ser avós foi inesperada, mas apesar de surpresas, ficaram muito felizes: “Foi um choque, enfermeira. Mas agora, não nos imaginamos sem a nossa netinha. Como é que uma coisa tão pequenina nos consegue deixar assim?”.

De acordo com os membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico e o enfermeiro de família, P. recorre às suas consultas e às de B.

sempre acompanhada pelo pai, G., sendo estas agendadas mediante a disponibilidade do mesmo.

No que diz respeito à família extensa, nenhum dos membros da família identificou parentes com quem mantenham contacto regular, não existindo, assim, uma relação próxima ou uma rede de suporte familiar alargada para além do núcleo familiar em questão. P. identificou apenas manterem contacto regular com L., quer pessoal, quer telefónico, afirmando: “Ele não vive connosco, mas vai várias vezes lá a casa. Isto não vai ser assim para sempre... nós queremos arranjar uma casa para nós. Mas até conseguirmos tem que ser assim.”

No que concerne aos sistemas mais amplos, G. refere apresentar um vínculo forte com o trabalho, que pode indicar que encontra no contexto laboral uma fonte de realização pessoal, estabilidade financeira e socialização, sendo um espaço onde se sente reconhecido e valorizado, e com a USF, evidenciando uma boa relação com os serviços de saúde, o que pode estar relacionado com o seu acompanhamento enquanto utente ou com o envolvimento ativo no suporte à saúde da família, nomeadamente de P. e B. Por outro lado, G. refere um vínculo intermédio com os amigos, o que sugere que, embora mantenha contacto com o seu círculo social, as suas relações de amizade não ocupam um papel central na sua rotina ou podem ser condicionadas por outras responsabilidades familiares e profissionais. Já P., indica que detém um vínculo fraco quer com o trabalho, quer com os amigos, que associa à fase da maternidade: “desde que descobri que estava grávida, as coisas mudaram... deixei de ir trabalhar, como já não gostava muito do meu trabalho, agora não sinto vontade nenhuma de voltar (...) e depois desde que a B. nasceu, ou até antes, que acho que algumas pessoas se afastaram mais de mim (...) é normal, eu agora tenho a B., não posso ter a mesma vida que tinha antes e não posso estar tanto com eles”. Por outro lado, menciona um vínculo forte com a USF, afirmando que “desde que soube que estava grávida, que comecei a vir mais ao centro de saúde e têm todos sido impecáveis comigo e com a B. (...) têm-me ajudado muito”.

De modo a identificar a classe social da Família 2, procedeu-se à utilização da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado). Assim, identificou-se que esta família se situa na posição social III – classe média, após a avaliação de três itens e a obtenção de nove valores. Os membros G., P. e M. apresentam o 12º ano de escolaridade e profissões de grau 3, sendo a origem dos vencimentos certa. Tal como aconteceu com a Família 1, o tipo de habitação e o local de residência não foram considerados pelos mesmos motivos.

Posteriormente, avaliaram-se as áreas de atenção consideradas relevantes para a Família 2, de acordo com a matriz operativa do MDAIF, estando representadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Áreas de atenção avaliadas na Família 2

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção
Estrutural	Rendimento Familiar
	Abastecimento de Água
	Animal Doméstico
De Desenvolvimento	Planeamento Familiar
	Papel Parental
Funcional	Processo Familiar

Dimensão Estrutural

No que concerne ao Rendimento Familiar, a Família 2 auferir rendimentos provenientes de vencimentos certos das atividades laborais de todos os membros da família. Segundo, G.: “Neste momento, gere-se bem as despesas. Agora a P. está de licença e todos temos trabalho e um ordenado certo ao fim do mês. Por isso, conseguimos ter uma vida estável”. Já P., afirma que “mesmo com as despesas normais da menina, que não eram habituais tem dado para tudo. Apesar do pai dela não viver lá em casa, ele ajuda no que é preciso”. O abastecimento de água da residência é efetuado através da rede

pública e não possuem animais domésticos. Identificaram-se, por isso, os diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente e Abastecimento de Água Adequado.

Dimensão de Desenvolvimento

Durante as consultas, e tal como se irá explorar posteriormente, é possível que perceber que G. apresentava uma participação ativa nas decisões relacionadas ao cuidado pós-parto e desenvolvimento de B., interpelando frequentemente as interações de P. com a enfermeira. Estas aconteciam de uma forma mais livre nos momentos em que B. necessita ser amamentada, já que G. abandonava o consultório de modo a dar privacidade à filha.

Os aspetos relacionados com o Planeamento Familiar foram abordados com P. nos momentos em que esta se encontrava sozinha no consultório. Assim, sobre a sua visão em relação a ter mais filhos, ao que respondeu: “Sinceramente, ainda não tive tempo para pensar muito nisso. Eu já achava que não ia ser mãe. Mas acho que não. Já tenho 36 anos e quero dar tudo à B.”. Dado que P. mantém um relacionamento amoroso com L., explorou-se a sua perceção sobre a opinião dele em relação ao mesmo tema. P. refletiu: “Acho que ele não pensa nisso também. Agora queremos tentar arranjar o nosso cantinho e fazer o melhor pela B.”. Seguidamente, abordou-se a questão da utilização de métodos contraceptivos. P. referiu que utilizava a pílula anticoncepcional e que estava satisfeita com este método. Demonstrou ainda possuir conhecimentos sobre o seu uso adequado, incluindo as precauções a ter em conta, as possíveis interações medicamentosas e os efeitos secundários associados. Além disso, explorou-se a sua perceção sobre a adesão ao método e a existência de eventuais dificuldades na sua utilização. P. referiu que se sentia confortável e segura com a pílula, não tendo identificado quaisquer problemas ou preocupações adicionais. Desta forma, elencou-se o diagnóstico: Planeamento Familiar Eficaz.

No âmbito do Papel Parental – Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar), exploraram-se as dimensões do conhecimento do papel,

comportamentos de adesão e consenso, conflito e saturação do papel. Este momento contou igualmente com a interação e participação de G., proporcionando uma compreensão mais abrangente da dinâmica familiar. Decorrente da atividade diagnóstica, obtiveram-se dados que permitiram identificar os subdiagnósticos: Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar) demonstrado, Consenso do papel Sim, Conflito do papel Não e Saturação do papel Não. Ao longo da consulta, verificou-se que G. interpelava várias vezes P., especialmente acerca de questões relacionadas com o cuidado de B., diminuindo várias atitudes e comportamentos de P. com expressões como: "... porque quando sou eu ou a minha esposa isso nunca acontece."; "Mas eu prefiro que seja a minha esposa, porque a P. parece que não se ajeita". P. não contrariava as afirmações do pai, acabando muitas vezes por suspirar ou encolher os ombros como reação às suas afirmações.

Numa família com as especificidades já explanadas, a parentalidade poderá ser influenciada pela dinâmica intergeracional (Rothenber, 2019), característica das famílias alargadas. Neste caso, o envolvimento significativo de G. no cuidado de B., poderia revelar-se uma fonte de suporte fundamental, mas também contribuir para uma sobreposição de papéis. A presença ativa de G. nas consultas e nas decisões relacionadas com o cuidado de B. poderia condicionar a autonomia de P. enquanto mãe, dificultando a sua afirmação no exercício da parentalidade. Paralelamente, a forte intervenção do avô poderia interferir no envolvimento do pai biológico (L.) na vida da filha. Assim, os desafios relacionados com o consenso e a partilha de responsabilidades parentais, nomeadamente na definição de limites claros entre o papel dos avós e dos pais, poderiam estar presentes, pelo que a intervenção se focou nestes aspetos. Desta forma, identificou-se o diagnóstico Papel Parental Não Adequado relacionado com o Não Consenso do Papel Comportamentos de Adesão Não Demonstrados, manifestado pela não definição de regras entre os subsistemas.

Dimensão Funcional

Em relação ao Processo Familiar, quanto às dimensões operativas Comunicação, *Coping* Familiar, Interação de Papéis e Relação Dinâmica, após a sua avaliação, obtiveram-se os seguintes dados através do questionamento linear e circular, assim como pela observação em contexto de consulta dos membros da família:

- Em relação à Comunicação emocional, verbal/não verbal e circular, bem como ao *Coping* Familiar, P. manifestou que sentia que não conseguia exprimir as suas opiniões e posições em relação a diversos aspetos, mas principalmente em relação a B. e a tudo o que a envolve: “Eu sei que eles querem o melhor para mim e para a B., mas, às vezes, eu gostava de fazer as coisas à minha maneira... mas nem sempre é fácil conseguir dizer-lhes essas coisas.”; “O meu pai tem ideias muito fixas (...)”;
- Relativamente aos Papéis Familiares, face aos papéis de provedor, gestão financeira, cuidado doméstico, recreativo e de parente, identificou-se que não existe consenso em relação ao papel de parente – relacionado com a não definição dos papéis de pai e avô de G.;
- No que diz respeito à Relação Dinâmica, identificou-se uma insatisfação por parte de P. relativamente à influência G. nos comportamentos dos outros membros da família e ainda sobre a forma como a família manifesta a sua opinião: “Às vezes parece que não podemos dizer nada... tem de ser tudo como ele gosta”; “Não vale a pena dizer nada”;
- Após a aplicação das escalas de funcionalidade da família (Apgar de *Smilkstein*) e de coesão e adaptabilidade da família (FACES II), concluiu-se que está e uma família com disfunção moderada e intermédia, respetivamente.

Neste sentido, elencou-se o diagnóstico Processo Familiar Disfuncional relacionado com Comunicação Não Eficaz manifestado por comunicação emocional, verbal/não verbal e circular não eficaz, *Coping* Familiar Não Eficaz

manifestado por solução de problemas não eficaz, Interação de Papéis Não Eficaz/Conflitual manifestado por papel de parente não eficaz e Relação Dinâmica Não Eficaz, manifestado por influência e poder disfuncional, alianças e uniões disfuncional e funcionalidade da família disfuncional.

Assim sendo, considerando os diagnósticos identificados, Papel Parental Não Adequado e Processo Familiar Disfuncional, definiram-se como objetivos de intervenção: potenciar a autonomia parental de P., promover a redefinição do papel de G. enquanto avô, desenvolver a comunicação familiar e promover o consenso de papéis. Para tal, estabeleceram-se as seguintes intervenções: promover a comunicação expressiva das emoções, motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, promover o envolvimento da família extensa, otimizar a comunicação na família, otimizar padrão de assertividade, promover estratégias adaptativas/*coping* na família, negociar estratégias adaptativas/*coping* na família, colaborar na identificação dos papéis familiares, motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família, negociar a redefinição de papéis pelos membros da família, promover o suporte da família e otimizar padrão de ligação. Com base nos objetivos e intervenções previamente estabelecidas, recorreu-se à técnica do reenquadramento para se proceder à intervenção.

Durante a consulta, procurou-se explorar as perceções de P. e G. sobre os seus papéis e responsabilidades. Foi incentivado o reconhecimento dos esforços e capacidades de P. (“E a P., como é que se tem adaptado ao seu papel de mãe?”; “É perfeitamente normal que nem tudo seja perfeito ou como a P. imaginou que seria. Mas tenho a certeza que está a fazer um bom trabalho!”), destacando-se a importância da sua autonomia e da sua participação ativa nas decisões sobre a filha. G. foi convidado a refletir sobre a sua postura (“O que é que a P. faz que leve a que o G. diga que ela não se ajeita?”; “O que é que quer dizer com “não se ajeita”? O que é para si ajeitar?”; “E o G., como é que se sente ao ouvir o ponto de vista da sua filha?”), sendo-lhe apresentada uma nova perspetiva sobre o impacto das suas atitudes na autoconfiança da filha. A estratégia utilizada permitiu que G. reconhecesse que

o seu envolvimento, ainda que bem-intencionado, poderia estar a dificultar a evolução de P. enquanto mãe (“Ela sabe como é que é... eu e a mãe dela nunca lhe dizemos as coisas para mal dela. Muito menos agora com a menina. Só queremos o bem dela... das duas. Mas não gosto que ela esteja assim.”; “Se calhar, devia ter mais paciência com a P. e deixá-la fazer as coisas à maneira dela, não estar sempre a dar a minha opinião... se calhar, não devia criticá-la tanto.”). Desta forma, foram promovidas pequenas mudanças na comunicação familiar, incentivando uma abordagem mais positiva e colaborativa (G.: “(...) Vou tentar não estar sempre a dar a minha opinião e ajudar a P. quando ela pedir.”: P.: “Vou tentar estar mais calma, sem me preocupar com aquilo que me ele vai dizer.”). P. conseguiu expressar os seus sentimentos de frustração e a necessidade de ser mais ouvida e respeitada. Por sua vez, G. mostrou-se recetivo a ajustar o seu comportamento, reconhecendo a importância de permitir que P. adquirisse mais confiança no seu papel parental.

Na consulta que se sucedeu, pretendeu-se avaliar os resultados da intervenção previamente executada à luz dos objetivos delineados. Assim, P. referiu sentir-se mais segura e reconhecida no seu papel, afirmando que G. havia procurado intervir menos nas decisões diárias sobre B., dando-lhe mais espaço para agir de forma autónoma. No entanto, mencionou que ainda existiam momentos em que sentia dificuldades em contrariar certas opiniões do pai e “em dizer-lhe as coisas como elas são”. Por sua vez, G. admitiu que o processo de adaptação estava a ser desafiante, mas reconheceu que P. estava mais autónoma e que “as coisas estavam a correr bem assim”. Apesar destas evoluções observadas, ficou evidente que a dinâmica familiar necessitava de mais tempo e continuidade na intervenção para que os objetivos fossem atingidos.

Avaliação e Intervenção Individual

Relativamente à avaliação e intervenção individual, esta focou-se em P. e na sua transição para a maternidade, um processo complexo que envolve mudanças significativas a nível pessoal, familiar e social. De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, trata-se de uma transição situacional, uma

vez que decorre de um evento específico na vida de P., mas também desenvolvimental, pois está inserida no ciclo vital familiar. O padrão desta transição é múltiplo e simultâneo, dado que P. vivencia mudanças interligadas, como a adaptação ao papel de mãe e a redefinição dos papéis na família. Quanto às suas propriedades, destaca-se a consciencialização do novo papel, o empenho demonstrado no cuidado de B., e a presença de eventos críticos, tais como a descoberta tardia da gravidez e os desafios de adaptação a uma maternidade não planeada.

Os fatores facilitadores incluem o suporte prestado pela equipa da USF, a presença de L., pai de B., na vida da namorada e da filha e a existência de projetos partilhados para o futuro. No entanto, a forte influência de G. nas decisões relacionadas com a neta emerge como um fator inibidor, dificultando a autonomia de P. no exercício da parentalidade e interferindo na sua tomada de decisão.

No que concerne aos padrões de resposta, os indicadores de processo refletem a necessidade de P. desenvolver uma maior confiança no seu papel, fortalecer a sua interação com a filha e afirmar o seu papel de mãe na dinâmica familiar. Já os indicadores de resultado apontam para uma identidade ainda em construção, com dificuldades na gestão das influências externas e na consolidação da sua autonomia.

A intervenção individual centrou-se na promoção da autonomia de P. e na redefinição dos papéis familiares, recorrendo, paralelamente à avaliação e intervenção familiar, à técnica do reenquadramento, permitindo reformular as perceções e interpretações de P. em relação ao seu papel de mãe e ao envolvimento de G. Durante a consulta, incentivou-se P. a refletir sobre as suas qualidades enquanto mãe, colocando-se questões abertas reflexivas, tais como: "Como gostaria de se sentir no seu papel de mãe?"; "Que desafios sente que precisa de ultrapassar para se sentir mais confiante?" e "O que tem aprendido desde o nascimento da sua filha?". O uso da escuta ativa e do reforço positivo permitiu que P. verbalizasse as suas inseguranças e, ao mesmo tempo, reconhecesse as suas qualidades e progressos: "Tem feito um

excelente trabalho ao cuidar da B."; "É natural ter dúvidas, mas já demonstrou ser uma mãe atenta e dedicada". Isto contribuiu para que P. se sentisse mais segura e com maior confiança. Na consulta seguinte, foi perceptível que P. havia começado a afirmar-se no seu papel mãe de B. dentro da família, demonstrando maior autonomia e segurança e assertividade. O reforço da comunicação dentro do sistema familiar constituiu outro aspeto central da intervenção, incentivando P. a expressar as suas opiniões e decisões de forma mais clara, sem receio de contrariar as sugestões de G. Para tal, foram realizados pequenos exercícios durante as consultas, como ensaios de respostas perante comentários críticos ou interferências, com o intuito de ajudar P. a ganhar maior controlo sobre as interações familiares: "Eu sei que queres ajudar, mas prefiro ser eu a fazê-lo" e "Obrigada pela sugestão, mas eu gostava de fazer desta forma". Observou-se, assim, um fortalecimento dos indicadores de processo, nomeadamente a perceção de ligação com a filha, a capacidade de interagir de forma mais assertiva e a crescente sensação de estar situada no seu papel materno. No entanto, apesar dos avanços demonstrados, a adaptação de P. não se mostrava totalmente consolidada, pelo que ainda se verificava a necessidade de uma progressão contínua até à mestria e a demonstração de uma integração fluída da sua identidade enquanto mãe de P. e filha de G.

4.1.3. Família 3

Com a Família 3, foram desenvolvidas três consultas de ESF na USF. Estas contaram com a presença de um membro da família: C.

Os dados obtidos através do questionamento linear permitiram elaborar o genograma e psicofigura de *Mitchell* explanados na Figura 5.

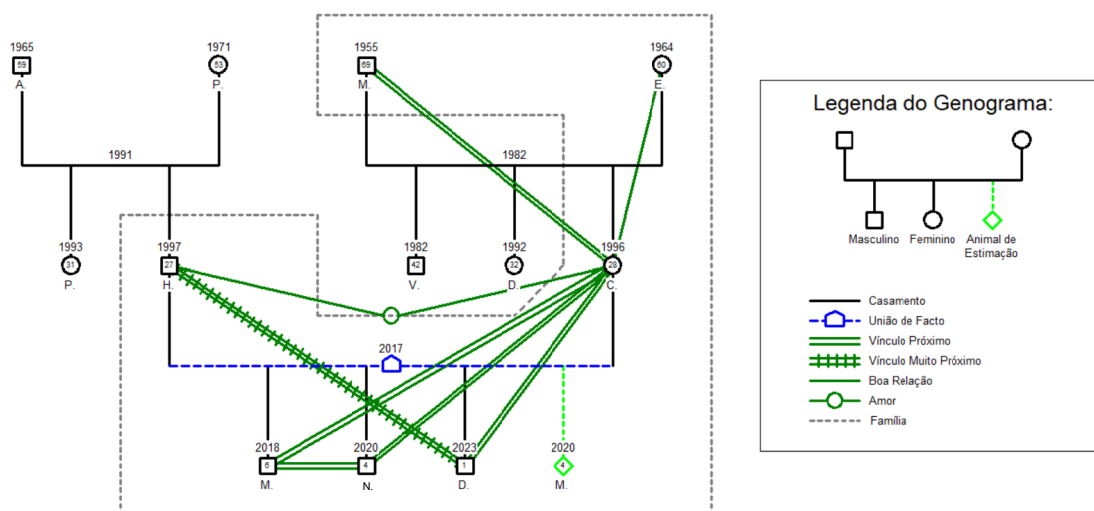


Figura 5 – Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 3

A Família 3 é composta por C., de 28 anos, pelo seu companheiro H., de 27 anos, e pelos filhos de ambos: M., de 6 anos, N., de 4 anos, e D., de 1 ano. Além disso, fazem parte do agregado os pais de C., M. e E., com 69 e 60 anos, respetivamente, ambos reformados e casados desde 1982. C. e H. estão juntos desde 2017 e tornaram-se pais pela primeira vez em 2018. Atualmente, H. trabalha como motorista internacional de veículos pesados, o que implica longos períodos de ausência do país, regressando apenas de duas em duas semanas. C. não exerce nenhuma atividade profissional, dedicando-se ao cuidado dos filhos, ao apoio aos pais e à gestão das tarefas domésticas.

Relativamente à família extensa, C. revela que a própria e os seus filhos, M., N. e D., mantêm um contacto regular com os pais de H., referindo que estes se conferem como uma fonte de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e ajuda material e de serviço: “Estamos sempre a falar uns com os outros pelo telemóvel e eu vou a casa deles todas as semanas (...) ajudam-nos muito naquilo que podem”. C. afirma ainda que o irmão de H., P., é igualmente uma fonte de companhia e apoio social, sendo que se encontram presencialmente todas as semanas e contactam via telefónica regularmente: “O P. gosta muito dos meninos... liga muitas vezes para falar com eles”. Relativamente aos irmãos de C., a relação com os mesmos é igualmente próxima sendo que: “falamos muitas vezes por semana, por chamada ou vídeo

chamada (...) e eles vão almoçar lá a casa ao fim de semana”. C. refere-se aos irmãos como uma fonte de companhia e apoio social, bem como ajuda material e de serviço.

Quanto aos sistemas mais amplos, C. afirma apresentar um vínculo forte com a USF, considerando-a um recurso essencial para o acompanhamento da saúde da família, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento dos filhos (“gosto muito do doutor e da enfermeira... sempre trataram bem dos meus filhos...”), e com a religião, que surge como um pilar na sua vida, funcionando como uma fonte de suporte e conforto emocional e estratégia de *coping* (Dolcos et al., 2021): “Gosto muito de ir à igreja... sinto-me sempre bem depois de ir à missa ou de ir às atividades que eles fazem lá na paróquia. Às vezes, vou mesmo só para espairecer e desabafar com Deus”. C. caracteriza o vínculo com a escola de M. e N. como intermédio, reconhecendo a sua importância, mas sem um contacto muito próximo com professores ou com a comunidade escolar, restringindo-se essencialmente a interações nos momentos de reuniões periódicas ou eventos escolares. Quanto aos amigos, revela que o vínculo é fraco já que “é impossível estar com eles e manter a relação como costumava ter antes de ter tido os meninos (...) como o H. não está cá sempre, não tenho muito tempo livre para amizades (...) quando os meus amigos estão livres, eu tenho de tratar dos meninos e pô-los a dormir, não posso ir sair”. Este cenário indica que C. tem vindo a experienciar um afastamento progressivo das suas amizades, o que poderá refletir um processo de isolamento social para além do sistema familiar (Rözer et al., 2017). Esta limitação ao nível das relações sociais informais pode ter impacto no seu bem-estar emocional e desenvolvimento pessoal, reduzindo as oportunidades de vivenciar outras da sua identidade para além dos papéis de mãe, filha e companheira (Rözer et al., 2017).

A Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado) permitiu identificar a classe social da Família 3. Assim sendo, classificou-se a profissão com o grau 4 e a instrução e a origem do rendimento familiar com o grau 3 (12º ano de escolaridade e vencimentos certos), concluindo-se que a família se situa na posição social IV – classe média baixa, com a classificação de 10 valores.

No que diz respeito à avaliação das áreas de atenção relativas à Família 3, esta foi realizada com recurso à matriz operativa do MDAIF, estando representada no Quadro 3.

Quadro 3 – Áreas de atenção avaliadas na Família 3

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção
Estrutural	Rendimento Familiar
	Abastecimento de Água
	Animal Doméstico
De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal
	Planeamento Familiar
	Papel Parental
Funcional	Processo Familiar

Dimensão Estrutural

Em relação ao rendimento familiar, C. afirma que “neste momento, os nossos vencimentos vêm do H. principalmente. Ele é camionista e ganha bem. Eu estou em casa a tomar conta dos meninos e da casa (...) Como temos 3 filhos recebemos alguns apoios do estado, como o abono. Os meus pais também recebem a reforma deles. Como vivemos todos juntos vamo-nos ajudando uns aos outros e temos conseguido gerir bem as despesas”. O abastecimento de água é efetuado pela rede pública. Quanto ao animal doméstico, a família tem um cão, M.: “Temos o nosso M. que é mesmo da família. Vai sempre ao veterinário, é desparasitado e tem as vacinas em dia. (...) Tem de ser assim porque eu não quero que ele passe nada aos meninos. Tem o espaço dele, mas anda sempre lá à nossa beira em casa. Os meninos andam sempre a brincar com ele e assim também se distraem. Quem trata da limpeza dele e do espaço dele sou eu, claro”. Desta forma, foram identificados os diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

Dimensão do Desenvolvimento

Face à Relação Dinâmica, incidiu-se nas questões relacionadas com a satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas, com a satisfação com o tempo que passam juntos e com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. Assim, de forma linear, questionou-se quem assumia a gestão das tarefas domésticas e como é que C. se sentia em relação ao à mesma, pelo que C. afirmou: “Sou eu que trato de tudo (...) como estou em casa, não tenho emprego, o meu trabalho é tratar de tudo em casa.”; “Não vou dizer que às vezes não fico cansada... claro que fico. É tudo para mim! Mas foi a nossa decisão. E neste momento, precisamos do dinheiro. Ele faz um esforço por estar longe a ganhar mais algum do que noutra emprego normal, e eu trato da vida de casa e ajudo os meus pais!”. Seguidamente, fizeram-se questões relacionadas com a satisfação do casal com o tempo que passam juntos, sendo que C. referiu: “Quando ele está cá é para aproveitar bem o tempo! O que nós gostávamos mesmo era que ele estivesse cá sempre. Mas pronto, aproveitamos quando ele está cá.”; “Não é fácil com os três rapazes. Mas às vezes deixamo-los com os meus pais e vamos sair os dois. Também não pode ser muitas vezes porque o dinheiro não dá para luxos.”. Questionou-se, ainda, se o casal consegue ter momentos a dois, pelo que C. respondeu que “Sim, conseguimos. Depois de deitar os meninos ou antes deles acordarem e quando vamos sair os dois”. Nesse sentido, não foram identificados problemas no âmbito da Relação Dinâmica.

Para se proceder à avaliação da dimensão operativa da comunicação, utilizou-se como recurso o questionamento linear e circular. Às questões “Considera que a C. e o H. conseguem conversar abertamente sobre qualquer assunto?”, “Numa relação, é normal e frequente que existam momentos em que o casal não está em acordo acerca de determinados assuntos. É assim também no vosso?” e “Como costumam fazer para chegarem a um consenso?”, C. respondeu que “Sim, conseguimos falar sobre tudo um com o outro.”, “Claro que às vezes, também temos as nossas desavenças.”, “Nós falamos muito pelo telemóvel. Então, quando algum de nós não concorda com alguma coisa, ou se sente triste, por exemplo, tentamos sempre falar sobre o assunto e ver o que

podemos fazer para corrigir ou melhorar certas coisas. Na nossa situação, as coisas têm mesmo de ser resolvidas a falar... estamos muito tempo sem nos vermos em pessoa”, pelo que não se identificaram problemas em relação à Comunicação do casal.

No que concerne à Interação Sexual e à Função Sexual, questionou-se se C. estaria satisfeita com o padrão de sexualidade do casal, ao que esta respondeu que “Sim! Como lhe disse, quando o H. está cá tentamos aproveitar bem esse tempo. E quando ele está em viagem, sabe como é... os telemóveis dão para muita coisa agora!”. Nesse sentido, não se identificaram problemas nestas áreas de atenção.

No âmbito da área de atenção Planeamento Familiar, questionou-se se o casal pretendia ter mais filhos. C. afirmou que “Para já, não pensamos muito nisso (...) Mas que gostava de ter uma menina, gostava.”. Face a esta afirmação, questionou-se qual a perceção que C. tinha sobre a opinião de H. acerca deste assunto, sendo que esta revelou que “Ele também gostava... mas acho que para já, não está nos planos”. Tendo em conta estes dados, considerou-se pertinente questionar se o casal utiliza algum método contraceutivo, ao que C. respondeu que “Agora não, enfermeira. Comecei a tomar a pílula da amamentação, mas não vale a pena... eu não me dou bem com aquilo”. Neste seguimento, foram colocadas as perguntas “O que quer dizer com não se dar bem com a pílula?” e “Há quanto tempo deixou de utilizar métodos contraceutivos?”. C. disse: “Sinto-me mal, enfermeira. Não sei explicar. Fico enjoada, parece que fico diferente.” e “Acho que só usei o primeiro mês. Depois deixei logo”. Posto isto, à questão “Tendo em conta que me referiu que não pretendem, pelo menos para já, ter mais filhos, sabe que riscos corre nesse sentido ao não utilizar métodos contraceutivos?”, C. respondeu “Sim, eu sei disso tudo! Mas eu não me sinto bem com a pílula e o H. não gosta dos preservativos. Por isso, temos deixado a vida rolar. Até agora tem corrido bem. Se não aconteceu até agora, é porque não vai acontecer. Temos que pensar assim”. Desta forma, identificou-se o diagnóstico Planeamento Familiar Ineficaz, relacionado com o uso de contraceutivo não adequado, manifestado

pela interrupção do uso de contraceptivo e pelo conhecimento não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos.

Após elencar o diagnóstico, planeou-se a intervenção com recurso à aplicação da técnica de intervenção específica da metáfora. Definiram-se como intervenções: ensinar o casal sobre métodos contraceptivos, motivar para o uso de contraceptivo, informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada e ainda orientar o casal para serviços médicos. A prestação de cuidados, realizada apenas com um membro da família, C., apresenta uma intencionalidade sistémica no que reporta à díade do casal, objetivando não só o aumento do conhecimento e da consciencialização de C. sobre o planeamento familiar, como ainda promover a autonomia e a responsabilidade do casal na gestão da fertilidade.

Assim, utilizou-se a seguinte metáfora: "Imagine que, de certa forma, o método que utilizam neste momento, é como conduzir um carro numa estrada cheia de curvas sem o cinto de segurança. A C. e o H. estão a fazer o máximo para evitar qualquer acidente, mas, sem aquele cinto que pode oferecer uma proteção maior, e apesar de até poder nunca chegar a haver nenhum acidente, há a hipótese de, a cada curva ou descuido, algo inesperado acontecer e poderem ter um acidente." Após ter sido sugerido que C. refletisse acerca do que tinha acabado de ouvir, esta refere que ficou a pensar " que, ao continuarmos sem utilizar mais nada, estamos a correr o risco de eu engravidar outra vez." Posteriormente, após refletir sobre as questões discutidas e manifestar a sua concordância, foi orientada para uma consulta de Planeamento Familiar com o seu médico de família, de modo a receber aconselhamento especializado e apoio na escolha de um método contraceptivo adequado ao seu bem-estar e estilo de vida.

Na consulta seguinte, realizou-se uma avaliação dos resultados da intervenção realizada. C. revelou que, após o esclarecimento das suas dúvidas e ponderação sobre as vantagens e desvantagens de cada opção, optou pela colocação de um implante contraceptivo, considerando-o uma solução mais prática e compatível com o seu estilo de vida. Concluiu-se, então, que a

intervenção foi eficaz na promoção da literacia em saúde reprodutiva, na mudança de atitude face à contraceção e na adoção de um método contraceptivo adequado às necessidades do casal, identificando-se o diagnóstico: Planeamento Familiar Eficaz. Contudo, foi reforçada a importância do acompanhamento contínuo, com consultas regulares de Planeamento Familiar para monitorização da adaptação ao método escolhido e para a eventual necessidade de ajustes.

Por fim, a área de atenção Papel Parental – família com filhos pequenos e Papel Parental – família com filhos na escola foi avaliada no que concerne ao conhecimento do papel, adaptação da família à escola, comportamentos de adesão e, finalmente, consenso, conflito e saturação do papel. Uma vez que M. iniciou agora o seu percurso escolar, esta transição representa um desafio tanto para a criança como para a família, sendo que C. poderá sentir um acréscimo de responsabilidades, nomeadamente no acompanhamento do processo de aprendizagem, na gestão de horários e na relação com a escola, aspetos que poderão representar um fator de *stress*, especialmente considerando a ausência frequente de H. (Tao et al., 2019). Por este mesmo motivo, no que diz respeito ao consenso, ao conflito e à saturação no papel parental, poderão surgir dificuldades na partilha de responsabilidades e na tomada de decisão conjunta, bem como eventuais conflitos ou a sobrecarga de C. (Nguyen & Vu, 2023). No entanto, de acordo com os dados colhidos, a transição para o 1º ciclo "correu bem. Como ele já andava na escolinha foi mais fácil. Só tivemos que arranjar tempo para fazermos os trabalhos de casa, mas tem-se conseguido fazer tudo.", e foi criado um espaço para que M. pudesse realizar as suas tarefas para a escola: "Compramos uma secretária e mais umas cozinhas e pusemos no quarto dele. É lá que costuma fazer os trabalhos de casa". C. revelou ainda que ela e H. estão alinhados quanto aos seus objetivos enquanto pais, casal e família. Neste momento, C. assume a maior parte das responsabilidades da casa e da educação dos filhos: "Eu e o H. tomamos esta decisão (de H. estar longe da família) para o bem de todos na nossa família. E, para já, tem resultado e estamos a entender-nos. Cada um está a fazer a sua parte."

Dimensão Funcional

Relativamente à Dimensão Funcional, avaliou-se a área de atenção Processo Familiar.

Face à comunicação, no decorrer da consulta, C. referiu que o casal conversa frequentemente, tanto por via telefónica, quando H. está ausente do país, como pessoalmente, quando retorna a casa. C. acrescentou ainda que, habitualmente, conseguem chegar a consenso através do diálogo.

No que diz respeito à forma como a família lida com os desafios do dia a dia, C. explicou que, normalmente, é ela quem toma a iniciativa para identificar e resolver os problemas que surgem. Embora H. passe muito tempo fora devido ao trabalho, C. sente-se confortável com a forma como têm gerido as dificuldades. Referiu ainda que há espaço para conversar e partilhar opiniões dentro da família, e que, apesar das muitas responsabilidades que assume, sente que tem conseguido dar resposta às situações do quotidiano. Quando questionada sobre a eventual procura de apoio fora do núcleo familiar, C. respondeu de forma direta: "Nós cá em casa resolvemos as nossas coisas. Até agora tem corrido bem e, sinceramente, quanto menos se fala para fora, melhor. Acho que não faz diferença para ninguém, só para nós." Esta afirmação mostra que C. e a família preferem lidar com os desafios internamente, confiando no suporte da família e na capacidade de resolverem os seus próprios problemas sem recorrerem a apoio externo.

No que diz respeito à interação de papéis dentro da família, C. não identificou qualquer tipo de conflito ou desequilíbrio. Para ela, não existe ninguém que possua mais ou menos poder na dinâmica familiar, nem alianças que criem divisões entre os membros. Pelo contrário, C. descreve a família como unida e sente-se satisfeita com a forma como essa união se manifesta no dia-a-dia. Após a aplicação da Escala de Coesão e Adaptabilidade da Família – Faces II, foi possível perceber que C. percebe a sua família como moderadamente equilibrada.

Avaliação e Intervenção Individual

Ao longo das consultas, C. verbalizou insatisfação com a sua imagem corporal. Expressou o desejo de cuidar mais de si, mas também a percepção de que não dispunha de tempo para isso, pois a sua prioridade eram os filhos e a gestão da casa: “Eu agora queria tratar de mim. Engordei muito com as gravidezes (...) nunca mais voltei a ser como era antes de ter os meninos. Mas não sei como vou ter tempo... quando dou fé, o dia já passou e eu não fiz nada para mim”. Esta insatisfação enquadra-se numa transição saúde/doença, já que envolve o bem-estar físico e emocional de C. e a adaptação a uma nova percepção de si mesma. Esta transição apresenta um padrão múltiplo e simultâneo, pois decorre em paralelo com outras mudanças significativas na sua vida, nomeadamente a parentalidade e a ausência de H.

A avaliação dos condicionantes da transição permitiu identificar fatores facilitadores e inibidores da mesma. Por um lado, C. demonstrava-se motivada para melhorar a sua condição física e bem-estar. Por outro, a sua rotina e a ausência de momentos dedicados a si própria representavam barreiras que dificultavam a implementação de mudanças. A sua crença de que não há tempo para cuidar de si revelou-se como um importante fator inibidor, reforçado pelo seu papel dentro da família.

Com base nestas observações, a intervenção centrou-se na identificação de oportunidades dentro da rotina diária de C. para a introdução de hábitos mais saudáveis sem que isso representasse uma sobrecarga adicional. Considerando que já realizava deslocações diárias para levar os filhos à escola, e que esta se localizava a uma curta distância da residência da família, foi sugerido optar por deslocar-se a pé em vez de utilizar o automóvel. Esta estratégia baseou-se na utilização de um ritual já existente, conferindo-lhe um novo significado, e integrando-o na rotina de C.

A implementação deste ritual foi definida em consulta, conjuntamente com C., como uma estratégia viável para integrar um momento de autocuidado na sua rotina sem comprometer as suas responsabilidades familiares. Ficou acordado, por sugestão da própria, que iria realizar este percurso a pé três vezes por

semana, começando na semana seguinte à consulta. No último contacto, procedeu-se à avaliação dos resultados da intervenção, verificando-se que C. estava a cumprir com que tinha sido previamente estabelecido. A transição de C. evidenciou, inicialmente, um indicador de processo, refletido no desejo de mudança e na abertura para experimentar uma nova abordagem. Com o tempo, começou a integrar a atividade na sua rotina, desenvolvendo confiança e *coping*, ao perceber que era possível cuidar de si sem comprometer as suas responsabilidades. Relatou sentir-se melhor física e emocionalmente, mais disposta ao longo do dia, satisfeita com a mudança implementada e orgulhosa de si, destacando que este momento lhe permitia ter um momento divertido e tranquilo com os filhos antes de iniciarem as suas rotinas. Assim, a sua perceção de bem-estar melhorou, referindo que, apesar de ainda desejar cuidar mais de si, se sente “mais contente por estar a fazer alguma coisa por mim própria”.

A avaliação dos indicadores de resultado sugere que C. está a alcançar uma integração fluida da identidade, pois começa a incorporar o autocuidado na sua rotina sem o percecionar como um incómodo. Este processo contribui para o fortalecimento da sua mestria na transição, evidenciando uma adaptação bem-sucedida.

4.1.4. Avaliação dos ganhos em saúde no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Com o objetivo de sistematizar os resultados obtidos na prestação de cuidados a seis famílias, este capítulo apresenta a avaliação dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções realizadas.

Desta forma, o Gráfico 1 representa o número de avaliações realizadas em cada dimensão, com base na matriz operativa do MDAIF, considerando o número total de famílias avaliadas. Importa salientar que, numa das famílias, foi apenas avaliada a dimensão estrutural num primeiro contacto, uma vez que esta decidiu não continuar com as consultas.

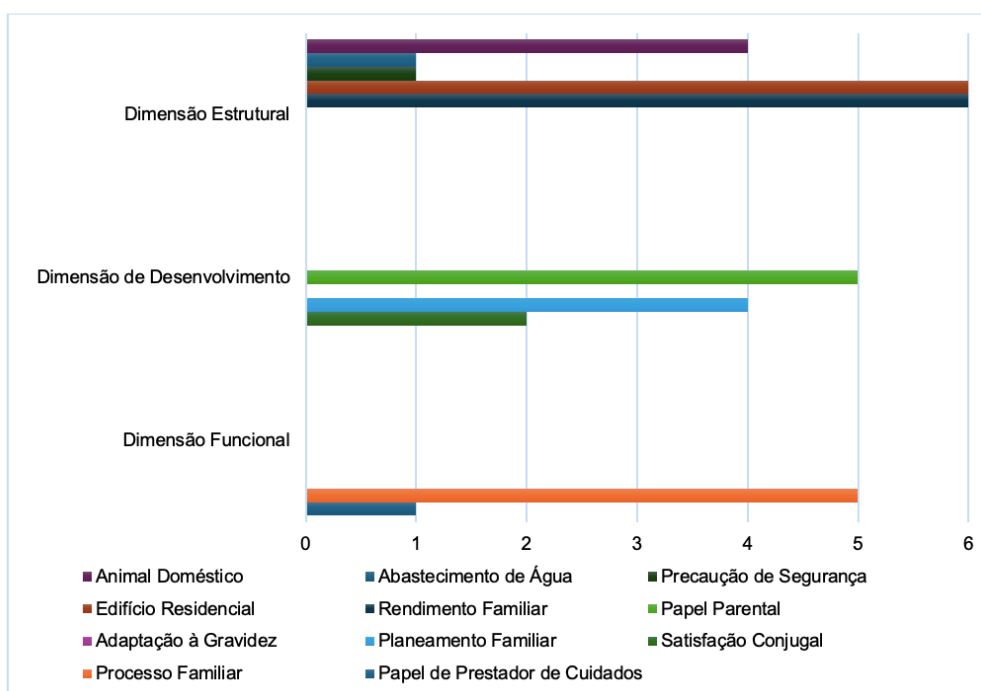


Gráfico 1 – Áreas de atenção avaliadas por dimensão de avaliação em relação ao número de famílias avaliadas

Com base no Gráfico 1, verifica-se que todas as famílias foram avaliadas na Dimensão Estrutural. A taxa de avaliação do Rendimento Familiar e do Abastecimento de Água foi de 100%, enquanto a do Edifício Residencial e das Precauções de Segurança atingiu 16,6%. Já a avaliação quanto à presença de Animal Doméstico registou uma taxa de 66,6%. Relativamente às áreas de atenção avaliadas na Dimensão do Desenvolvimento, observa-se que 83,3% das famílias foram avaliadas quanto ao Papel Parental, 66,6% em relação ao Planeamento Familiar e 33,3% no que respeita à Satisfação Conjugal. Nenhuma família foi avaliada no âmbito da Adaptação à Gravidez. No que concerne à Dimensão Funcional, 16,6% das famílias, ou seja, apenas uma família foi avaliada quanto ao Papel de Prestador de Cuidados. Por outro lado, a área de atenção referente ao Processo Familiar registou uma taxa de avaliação de 83,3%.

Com base na avaliação das áreas de atenção, torna-se essencial identificar e analisar os diagnósticos resultantes e que evidenciaram necessidades que requerem intervenção no âmbito da ESF. Estes encontram-se representados no Gráfico 2.

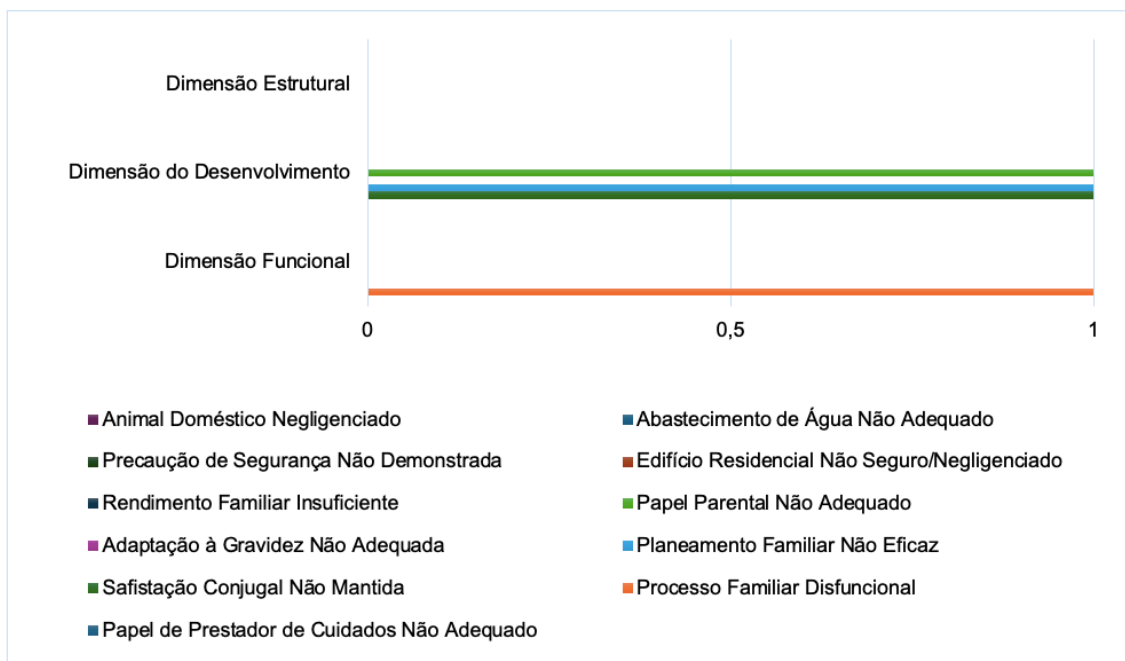


Gráfico 2 – Prevalência de diagnósticos de Enfermagem

Relativamente aos diagnósticos identificados e que requereram intervenções de Enfermagem, a Dimensão Estrutural foi a Dimensão na qual não se identificaram diagnósticos passíveis de intervenção em nenhuma das famílias. Face à Dimensão do Desenvolvimento, identificaram-se os seguintes diagnósticos: Papel Parental Não Adequado, Planeamento Familiar Não Eficaz e Satisfação Conjugal Não Mantida. Face a estes, planearam-se as intervenções, que se encontram representadas no Gráfico 3.

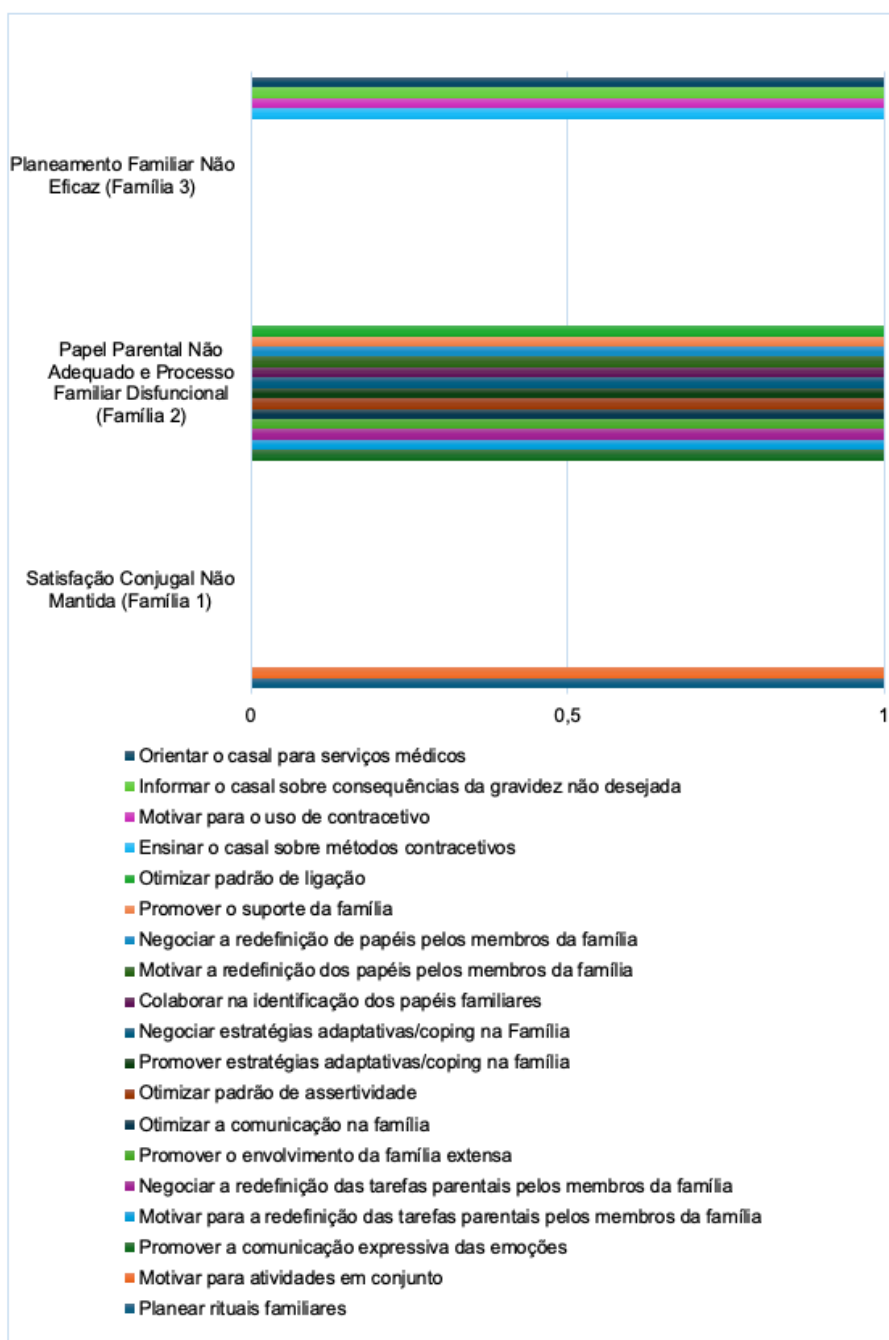


Gráfico 3 – Intervenções realizadas no âmbito da ESF em relação ao número total de famílias

No que se refere ao diagnóstico Planejamento Familiar Não Eficaz, identificado numa família, foram implementadas as seguintes intervenções: orientar o casal para serviços médicos, informar o casal sobre consequências de uma gravidez não desejada, motivar para o uso de contraceptivo e ensinar o casal sobre métodos contraceptivos. Relativamente aos diagnósticos Papel Parental Não

Adequado e Processo Familiar Disfuncional, ambos identificados na mesma família, as intervenções realizadas centraram-se em promover a comunicação expressiva das emoções, motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família, promover o envolvimento da família extensa, otimizar a comunicação na família, otimizar padrão de assertividade, promover estratégias adaptativas/*coping* na família, negociar estratégias adaptativas/*coping* na família, colaborar na identificação dos papéis familiares, motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família, negociar a redefinição de papéis pelos membros da família, promover o suporte da família e otimizar padrão de ligação. No que concerne ao diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida, foram implementadas intervenções com enfoque em planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto. Deste modo, a concretização destas intervenções foi operacionalizada através de um conjunto de atividades, cuja representação gráfica pode ser consultada no Gráfico 4.

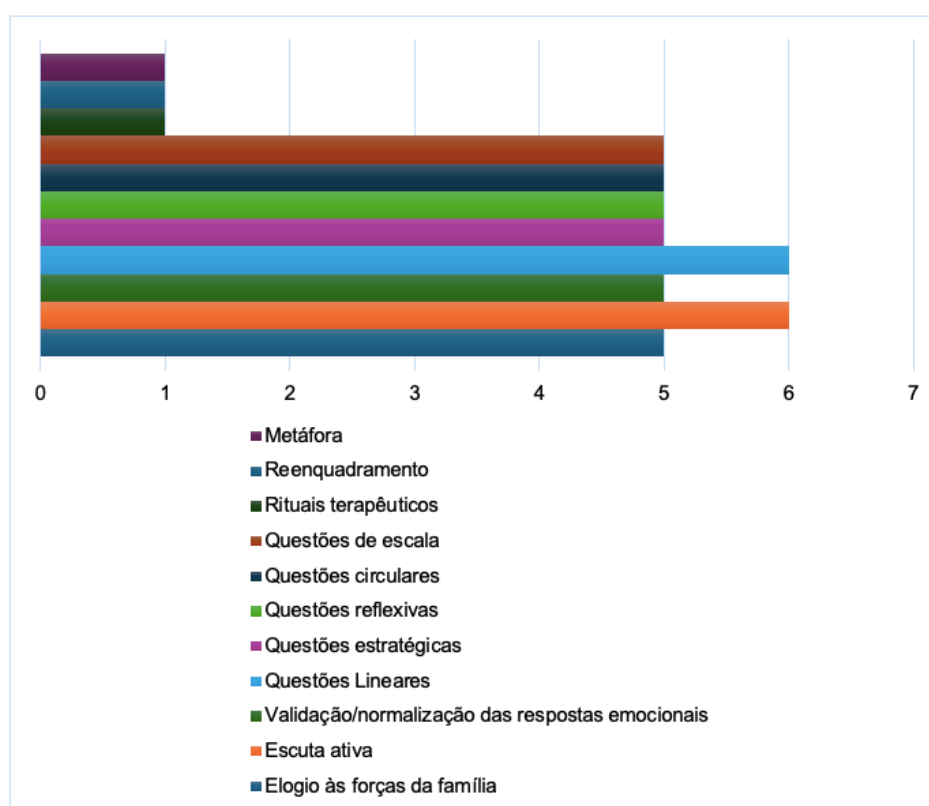


Gráfico 4 – Atividades realizadas no âmbito da ESF em relação ao número total de famílias

A análise do Gráfico 4 evidencia que as atividades implementadas em 100% das famílias foram a escuta ativa e a utilização de questões lineares. Seguem-se as questões de escala, circulares, reflexivas e estratégicas, assim como a validação/normalização das respostas emocionais e o elogio às forças da família, aplicadas em 83,3% das famílias. Por último, identificam-se as técnicas específicas de intervenção sistémica como a metáfora, o reenquadramento e os rituais terapêuticos, cada um aplicado em apenas uma família.

Neste seguimento, o Gráfico 5 ilustra os ganhos em saúde observados nas famílias acompanhadas, após a implementação das estratégias anteriormente descritas.

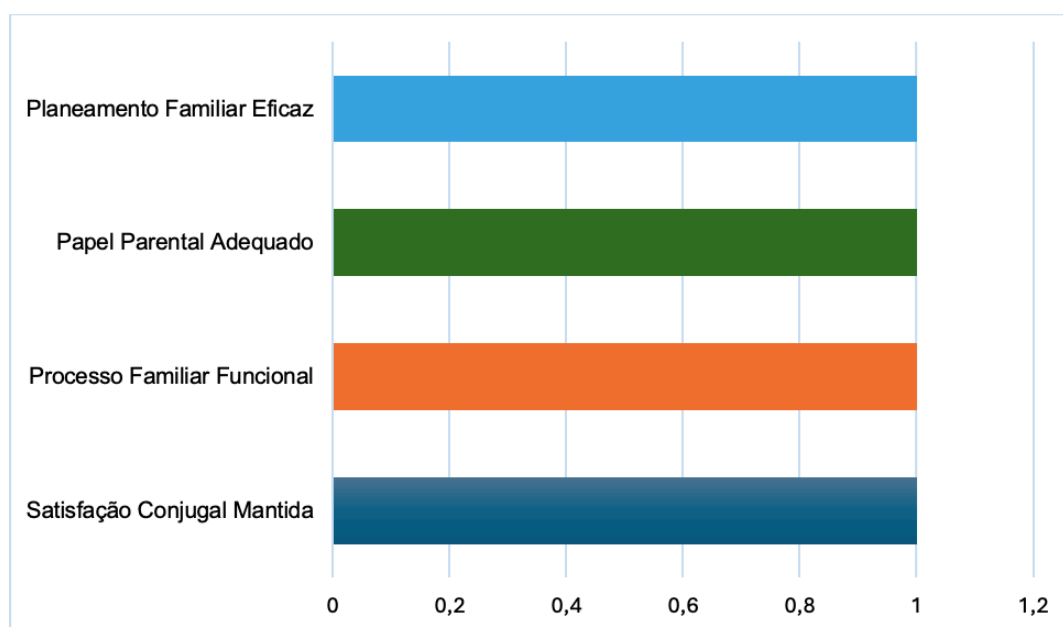


Gráfico 5 – Ganhos em Saúde

A análise dos dados permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos de Enfermagem desenvolvidos no âmbito da ESF junto das famílias acompanhadas, permitindo aferir os impactos das intervenções e as melhorias alcançadas. De um modo geral, a observação do Gráfico 5, revela que as intervenções implementadas contribuíram para potenciar ganhos em saúde, uma vez que os diagnósticos previamente identificados passaram, posteriormente, a apresentar-se como não comprometidos. Esta evidência

reforça a relevância da intervenção do EEECESF, sendo, contudo, igualmente fundamental reconhecer a importância de assegurar a continuidade dos cuidados, de forma a garantir que os progressos obtidos sejam sustentáveis e mais expressivos ao longo do tempo.

4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

A liderança assume-se como um elemento-chave no desempenho profissional já que apresenta influência direta nas equipas e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados, relacionando-se diretamente com a gestão dos serviços de saúde e com a formação em serviço (Oliveira et al., 2020; Schlunegger et al., 2023). De acordo com o Artigo 3.º do Regulamento n.º 428/2018, é atribuído ao EEECESF a competência específica de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, através da gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família. Esta competência contempla a cooperação entre equipas multiprofissionais, potenciada através da referenciação para outros profissionais de saúde, de modo a garantir a qualidade dos serviços prestados, bem como a continuidade dos cuidados às famílias (Regulamento n.º 428/2018). O mesmo regulamento evidencia, entre outros aspetos, a utilização de tecnologias e SI de modo a incrementar os resultados dos cuidados, a visibilidade do conhecimento e a cultura organizacional no âmbito da ESF.

A introdução de SI nas instituições de saúde revolucionou a forma como os cuidados de saúde são prestados, apresentando impactos significativos na qualidade e na eficácia dos mesmos (Laukka et al., 2023; Li et al., 2019). Os SI podem ser definidos como um conjunto de etapas, como a colheita, o processamento, a análise e a transmissão de informação, essenciais para a articulação e cooperação entre os vários profissionais das equipas multidisciplinares (Chaves & Miranda, 2023; Nascimento, T. et al., 2021). A sua utilização reveste-se de enorme importância já que é através dos SI que se operacionaliza a avaliação de desempenho em saúde através da análise de indicadores – instrumentos de gestão utilizados para quantificar, acompanhar e

analisar os resultados de um processo, projeto ou política, baseando-se em dados organizados, estruturados e registados ao nível dos SI – com o intuito de potenciar a visibilidade e a valorização da profissão, assim como monitorizar o exercício dos profissionais (Nascimento, T. et al., 2021). Nos CSP, a documentação das informações e dos cuidados prestados aos utentes e às famílias operacionaliza-se através do SClínico-CSP. Desenvolvido e implementado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), este SI permite uniformizar e padronizar os registos clínicos e administrativos dos CSP a nível nacional (SPMS, 2020). A utilização de linguagem padronizada promove qualidade dos registos, já que facilita a tomada de decisão, influenciando positivamente a qualidade dos cuidados (Chaves & Miranda, 2023; Nascimento, T. et al., 2021). Esta padronização é particularmente relevante na ESF no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), integrado no SClínico-CSP, uma vez que permite uma avaliação sistematizada das famílias e o registo estruturado das intervenções (SPMS, 2020a). Desta forma, facilita a interoperabilidade entre diferentes unidades de saúde, através, por exemplo, da referenciação, e promove uma prestação de cuidados mais eficiente e integrada (SPMS, 2020a).

O exercício qualificado da profissão de Enfermagem relaciona-se não só com a eficácia dos SI na gestão da informação, como também com a necessidade de qualificar e capacitar os enfermeiros quanto às exigências emergentes dos cuidados de saúde (Proença et al., 2021). As instituições desenvolvem planos de formação anuais, concebidos para assegurar o cumprimento das normas e critérios definidos pelas entidades reguladoras e certificadoras, nacionais e internacionais, em domínios estratégicos que abrangem a qualidade, a segurança e a saúde (Proença et al., 2021). De acordo com Chiavenato (2014) e Sousa & Lucas (2022), a formação em serviço é considerada um investimento, uma vez que se estabelece como um meio para capacitar os profissionais, melhorando, desta forma, o seu desempenho, a qualidade dos cuidados prestados, e, conseqüentemente, os resultados das instituições.

4.2.1. Processo formativo

Tendo em conta a relevância da formação em serviço e da utilização dos SI, foi planeado e executado um processo formativo orientado para a aquisição de competências específicas do EEECESF, em relação à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, e de competências comuns do enfermeiro especialista, no que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais e à melhoria contínua da qualidade. Este focou-se na avaliação e intervenção em famílias alargadas, bem como na respetiva documentação de cuidados, em SClínico, no âmbito do PSF. Dado o carácter multigeracional das famílias alargadas e a influência dos padrões transgeracionais e intergeracionais da sua dinâmica, considerou-se pertinente incidir na área de atenção processo familiar, uma vez que este se centra nos padrões interacionais contínuos entre os membros da família, especificamente em relação à comunicação familiar, ao *coping* familiar, à interação de papéis familiares, à relação dinâmica e, ainda, às crenças familiares (Figueiredo, M. H. 2012).

4.2.1.1. Identificação das necessidades

A identificação das necessidades não se limitou apenas à recolha de dados como procurou também captar a realidade da prática clínica da USF, permitindo a definição de estratégias formativas direcionadas e eficazes. Para tal, foram utilizados diferentes métodos de recolha e análise de informação, permitindo uma abordagem abrangente e fundamentada.

O público-alvo do processo formativo foi constituído pela equipa multiprofissional da USF onde se realizou o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. De forma a desenvolver um processo formativo alinhado com as necessidades dos profissionais, procedeu-se à recolha de dados através de dois métodos complementares.

Assim, foi desenvolvido e aplicado um instrumento de recolha de dados, um questionário autoadministrado, estruturado em três partes: I – Caracterização

sociodemográfica e profissional dos profissionais, II – Conhecimento de conceitos e formação sobre o MDAIF, e III – Autopercepção de competências e da prática (Anexo III). A Parte I integrava questões relacionadas com a idade, sexo, habilitações académicas, tempo de experiência em CSP e formação na área da ESF. A Parte II incidiu no conhecimento sobre o MDAIF (“Conhece o MDAIF?”), na formação sobre o mesmo (“Realizou alguma formação sobre o mesmo?”; “Se sim, qual?”; “Se não, considera pertinente aprofundar conhecimentos acerca do mesmo? Porquê?”), nos conhecimentos sobre os conceitos de família (“Qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família?” – questão de escolha múltipla), tipos de família (“Quais os tipos de família que conhece?”), família alargada (“E qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família alargada?” – questão de escolha múltipla) e suas características (“Refira quais são, na sua opinião, as características e especificidades inerentes às famílias alargadas.”), e ainda outra parte referente à utilização do SClínico dos CSP, no que se refere ao PSF e à sua utilização, bem como nas vantagens que os profissionais atribuem à sua aplicação (“Tem conhecimento do Programa Saúde da Família, disponível no SClínico-CSP?”; “Costuma utilizá-lo”; “Se respondeu que sim à questão anterior, com que frequência? Em que 1 é com pouca frequência e 5 é com muita frequência.”; “Se não, refira os seus motivos.”; “Quais as vantagens que considera ter esse registo?”). Por fim, a Parte III abrangeu as questões relacionadas com a autopercepção de competências e da prática em relação à prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados e à prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características e necessidades. Para tal, recorreu-se à utilização de questões de escala do tipo *Likert*, com 5 opções de resposta, em que 1 correspondia a “totalmente incompetente” e 5 a “totalmente competente”, sendo elas: “Tendo por base a sua autopercepção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados?” e “Tendo por base a sua autopercepção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua

prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características e necessidades?”. Desta forma, o seu principal objetivo assentou na identificação das necessidades formativas no âmbito da avaliação e intervenção familiar, da utilização do PSF no SClinico e do foco de atenção processo familiar. Além disso, permitiu ainda avaliar a perceção dos profissionais quanto ao seu grau de competência na prestação de cuidados às famílias.

A colheita de dados decorreu entre os dias 14 e 21 de outubro, durante a qual o anonimato, a confidencialidade e a participação livre e informada de todos os participantes foram assegurados.

Paralelamente, em outubro de 2024, foi realizada uma auditoria interna para analisar a frequência e a qualidade dos registos relacionados com a prestação de cuidados às famílias no âmbito do PSF. Os resultados revelaram que, dos cerca de 15 847 utentes assistidos pela USF, apenas 53 tinham o PSF identificado informaticamente no seu plano de cuidados. Este dado evidencia uma lacuna significativa na documentação e sistematização da informação relacionados com a prestação de cuidados, reforçando a necessidade de formação e sensibilização dos profissionais para a importância deste registo.

Posteriormente, entre os dias 22 e 28 do mesmo mês, procedeu-se à análise dos resultados, recorrendo à análise de conteúdo de Bardin (2013). Esta metodologia caracteriza-se por um conjunto de técnicas que procura captar o significado que os participantes atribuem em relação a uma temática, de acordo com as suas perspetivas individuais (Valle & Ferreira, 2024), ou seja, visa organizar e sistematizar a informação de modo a facilitar a sua interpretação e análise. A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2013), organiza-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento e interpretação de resultados. A pré-análise, etapa inicial do processo da análise de conteúdo, corresponde à organização e leitura do conteúdo das respostas do público-alvo, com o objetivo de preparar o material para os procedimentos subsequentes (Bardin, 2013). Nesta fase, as respostas de desenvolvimento foram analisadas de forma exploratória, possibilitando uma

compreensão inicial e a identificação das impressões preliminares acerca do conteúdo das respostas (Bardin, 2013). Posteriormente, segue-se a fase da exploração do material na qual se codificam os dados obtidos, identificando-se padrões, como palavras ou frases, que se repetem ou se destacam nas respostas aos questionários (Valle & Ferreira, 2024). A codificação, neste caso, operacionalizou-se através da transformação destes dados em Unidades de Registo (UR) através do método de categorização à posteriori, o que significa que os dados foram agrupados em UR após a aplicação do instrumento de recolha de dados e, subseqüentemente, da sua análise (Bardin, 2013), tendo como critério as suas semelhanças estruturais e de sintaxe. Finalmente, surge a fase do tratamento e interpretação de resultados, efetuada através da atribuição de significados às UR identificadas, agrupando-as em categorias genéricas, permitindo a sistematização dos dados em quadros de resultados, o que facilita a sua análise e discussão (Valle & Ferreira, 2024).

Resultados

A análise das respostas ao questionário permitiu observar que, dos 14 participantes que responderam ao questionário, 71,43% eram do sexo feminino e 28,57% do sexo masculino, sendo que as suas idades se situavam entre os 27 e os 64 anos, o que corresponde a uma média de 44 anos e a um desvio padrão amostral de 12,55 anos. No que concerne às habilitações académicas, 57,14% dos participantes apresentavam o grau de licenciado, 28,57% de mestre e 14,29% de doutoramento. No caso da equipa de Enfermagem, 28,57% dos profissionais apresentavam o título profissional de enfermeiro especialista (neste caso, EEECESF). Em relação ao tempo de exercício profissional em contexto de CSP, a média situava-se nos 18 anos, apresentando um desvio padrão amostral de 13,24 anos, com uma variação entre os dois e os 39 anos de experiência. No que diz respeito à formação em ESF, questão direcionada apenas para a população de enfermeiros da USF, apenas três dos participantes responderam que apresentavam formação neste âmbito. Ainda assim, da totalidade do público-alvo, 14,29% afirmou conhecer o MDAIF, apesar de não terem realizado qualquer tipo de formação sobre o

mesmo, e 14,29% conhecia o Modelo e já tinha realizado formação sobre o mesmo.

No âmbito da área do conhecimento, 57,14% dos profissionais definiram família como um “conjunto de pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”, 28,57% como “duas ou mais pessoas que dependem umas das outras para apoio emocional, físico e económico” e 14,29% como um “conjunto de pessoas de diferentes origens que se inter-relacionam e desempenham funções essenciais e que podem variar estruturalmente conforme as normas culturais e sociais”.

Em relação às tipologias familiares, emergiram cinco UR: “nuclear” (P1), “reconstruída” (P4), “alargada” (P8), “monoparental” (P11) e “unipessoal” (P5).

Quanto à família alargada, 42,8% classificaram-na como um “grupo familiar que se estende além da família nuclear, incluindo avós, tios, primos e outros parentes, que vivem em proximidade e compartilham laços afetivos, sociais e de apoio mútuo” e, com a mesma percentagem, como “aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, mas também outros parentes, ou indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco”, sendo que os restantes participantes definiram a família alargada como um “sistema social que inclui não apenas os membros da família imediata, mas também uma rede de parentes que se envolvem ativamente nas vidas uns dos outros, que compartilham responsabilidades e desempenham papéis significativos no desenvolvimento individual e coletivo”.

No que se refere às narrativas em relação às características e especificidades inerentes às famílias alargadas, os participantes identificaram seis UR: “partilha de valores” (P1), “conflitos entre gerações” (P7), “diversidade das estruturas familiares” (P10), “entrelajada geracional” (P2), “apoio” (P8) e “coabitação” (P14).

Relativamente ao PSF, 100% dos participantes referem ter conhecimento acerca do mesmo, no entanto, apenas 28,57% relata utilizá-lo na sua prática profissional com muita frequência. Quando questionados acerca dos motivos para a não utilização deste programa, as narrativas destacaram dois aspetos principais. Por um lado, identifica-se a categoria fatores impeditivos, emergindo as UR “falta de tempo útil em consulta” (P3) e a “falta de conhecimento em relação ao programa” (P12) como principais barreiras, corroborando os achados relacionados com a auditoria à utilização do PSF na USF.. Por outro lado, evidencia-se a categoria da perceção da importância do registo, sublinhando o seu papel através das UR “permite conhecer melhor as famílias” (P4) e “facilita a gestão de recursos” (P6), realçando o potencial da utilização do PSF para a prática profissional.

No que concerne à autoperceção de competências da equipa multidisciplinar em relação à prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados e à prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características e necessidades, os resultados foram equivalentes: 42,85% dos participantes avaliaram-se com um 3, 14,3% com um 4 e 42,85% com um 5. Apesar de, previamente à formação, a maioria dos participantes (57,1%) não se posicionar no nível correspondente a totalmente competente, a preponderância do valor 3 e 4 sugere que os profissionais já se consideram competentes, reconhecendo, no entanto, a existência de margem para melhorar.

4.2.1.2. Plano de formação e implementação

Após ter sido realizada a identificação das necessidades e posterior análise de resultados, desenvolveu-se o Plano de Formação do processo formativo com o título: “Famílias Alargadas: Avaliação e Intervenção Familiar”, onde constam os objetivos gerais e específicos do processo formativo, o contexto e a metodologia do mesmo (Anexo IV).

Deste modo, definiram-se como objetivos gerais: capacitar a equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados às famílias alargadas,

reconhecendo-as como alvo dos cuidados e unidade sistémica e otimizar a utilização dos sistemas de informação no âmbito do PSF; e como objetivos específicos: que a equipa multidisciplinar identifique os conceitos de família e família alargada; que a equipa multidisciplinar reconheça as características e especificidades inerentes às famílias alargadas, que a equipa multidisciplinar reconheça o MDAIF como modelo de avaliação e intervenção familiar; que a equipa multidisciplinar reconheça o processo familiar como área de atenção da avaliação e intervenção familiar, que a equipa multidisciplinar identifique o SClínico-CSP e o PSF como ferramentas para a documentação da prestação de cuidados às famílias; que a equipa multidisciplinar desenvolva competências relacionadas com a utilização do SClínico-CSP e do PSF; que a equipa multidisciplinar desenvolva e reforce a sua perceção de competências na prestação de cuidados às família, nomeadamente às famílias alargadas, enquanto unidade de cuidados; que a equipa multidisciplinar mobilize e aplique as competências adquiridas na ação de formação na sua prática profissional.

O processo formativo abordou conteúdos como a contextualização e relevância da temática, a definição dos conceitos de família e família alargada, bem como as suas especificidades, o MDAIF, o Processo Familiar e o registo e monitorização dos cuidados no domínio do PSF (Anexo V). Como metodologia recorreu-se aos métodos expositivo e interrogativo, utilizando-se uma apresentação em formato *PowerPoint*.

O processo formativo teve lugar no dia 22 de novembro de 2024, pelas 13h, na sala de reuniões da USF, com uma duração de cerca de 45 minutos, contando com a presença de 22 dos 34 profissionais da equipa multiprofissional.

Seguidamente, foi planeada a avaliação da ação de formação tendo por base o modelo de Kirkpatrick, D. L. (1996), tal como será explanado no subcapítulo seguinte.

4.2.1.3. Avaliação

A avaliação de uma ação de formação constitui uma etapa essencial para compreender o seu impacto no público-alvo e garantir a concretização efetiva

dos objetivos previamente delineados, permitindo, simultaneamente, uma reflexão crítica sobre o seu contributo para a prática profissional e sobre a sua relevância (Rusciolelli et al., 2020). Neste contexto, para se proceder à avaliação da ação de formação, recorreu-se ao modelo de Kirkpatrick, D. L. (1996), que se distingue pela sua abordagem estruturada em quatro níveis. O primeiro nível, denominado reação, tem como finalidade avaliar a opinião dos formandos quanto ao conteúdo, adequação da duração, materiais e recursos utilizados na exposição e formador, devendo, neste sentido, ser avaliado imediatamente após o final da formação (Kirkpatrick, D. L., 1998). Seguidamente, surge a aprendizagem, que pretende avaliar em que medida os participantes adquiriram os conhecimentos e competências previstos no plano da formação, verificando a sua aplicação prática, em contextos reais ou simulados. Esta avaliação poderá ser realizada antes e depois do processo formativo ou exclusivamente no final (Kirkpatrick, D. L., 1998; Rusciolelli et al., 2020). Designado por mudança de comportamento, o terceiro nível de avaliação permite observar se os participantes aplicam, no contexto real de trabalho, os conhecimentos adquiridos após a participação na formação (Rusciolelli et al., 2020). Por fim, Kirkpatrick, D. L. (1998) apresenta o nível de avaliação de resultados, que analisa o impacto da formação no desempenho da organização, explorando a relação entre a participação dos formandos no processo formativo e as mudanças nos resultados organizacionais, sendo este nível essencial para validar o investimento realizado (Kirkpatrick, D. L., 1998; Rusciolelli et al., 2020).

No que diz respeito à avaliação do primeiro nível, foi desenvolvido e aplicado um questionário que contemplava a avaliação dos conteúdos programáticos e métodos utilizados, da organização da ação de formação, da formadora e a avaliação global da mesma, através de questões de escala tipo Likert, com 5 opções de resposta, em que 1 representava “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente” (Anexo VI). Seguidamente, disponibilizou-se um espaço onde os participantes poderiam deixar comentários e sugestões em formato de texto livre. Desta forma, foi possível observar que 85,7% dos participantes classificaram as afirmações no âmbito dos assuntos previamente enunciados

(avaliação dos conteúdos programáticos e métodos utilizados, da organização da ação de formação e da formadora) com um 5, e 14,3% com um 4, tendo-se verificado o mesmo na avaliação global da ação de formação. No entanto, não foram apresentados comentários e sugestões ao processo formativo.

Concomitantemente, sob a ótica do segundo nível, a aprendizagem, recorreu-se à mesma metodologia do primeiro nível. Neste sentido, foi elaborado um questionário com incidência em questões relacionadas com o conhecimento de conceitos, a formação sobre o MDAIF e a autoperceção de competências e prática (Anexo VII): “Qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família?” – questão de escolha múltipla; “Quais os tipos de família que conhece?”; “Qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família alargada?” – questão de escolha múltipla; “Refira quais são, na sua opinião, as características e especificidades inerentes à família alargada.”; Considera que a realização de registos informáticos, no SClínico-CSP, no âmbito do Programa Saúde da Família é importante? Porquê?”; “Tendo por base a sua autoperceção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados?”; “Tendo por base a sua autoperceção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características necessidades?”.

Em relação ao conceito de família, a totalidade dos participantes definiu o conceito de família como um “conjunto de pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”. Comparativamente ao momento anterior ao processo formativo, verificou-se uma evolução na compreensão do conceito de família. Inicialmente, as respostas encontravam-se distribuídas por diferentes definições, revelando heterogeneidade no entendimento do conceito. Após o processo formativo, observou-se uma uniformização das respostas, refletindo um maior alinhamento com a definição sistémica de família.

Relativamente às tipologias de família, a totalidade dos participantes identificou 6 UR: “nuclear, reconstruída, alargada, monoparental, unitária e casal” (P5). Após o processo formativo, verificou-se uma evolução na identificação das tipologias familiares pelos participantes. Previamente, emergiram cinco UR, com respostas distribuídas entre os diferentes participantes, evidenciando alguma dispersão na perceção do conceito. No entanto, após este momento, todos os participantes passaram a identificar seis tipologias, refletindo um alargamento do conhecimento sobre a diversidade das configurações familiares.

Já em relação à família alargada, similarmente ao que aconteceu com o conceito de família, os participantes definiram-na, unanimemente, como “aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, mas também outros parentes, ou indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco”.

Neste seguimento, quando questionados acerca das características e especificidades inerentes à família alargada, surgiram quatro novas UR: “transgeracionalidade, multigeracionalidade, intergeracionalidade e laços e vínculos familiares”. A evolução da compreensão das famílias alargadas pelos participantes revelou uma mudança no entendimento do tema ao longo do processo formativo. Inicialmente, as respostas refletiram uma abordagem mais descritiva. Contudo, após o processo formativo, verificou-se uma transição para uma visão mais estruturada e uma melhor apropriação de conceitos fundamentais.

Quanto aos registos no âmbito do PSF, os formandos reconhecem a sua importância salientando duas UR: “continuidade de cuidados” (P7) e ganhos em saúde” (P13). Ou seja, após o processo formativo, registou-se uma transformação na perceção da importância do registo no âmbito do PSF, sendo que, os participantes passaram a reconhecê-lo como uma ferramenta essencial para a prática clínica.

Por fim, relativamente à autoperceção de competências em relação à prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados e à prestação

de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características e necessidades, verificou-se uma evolução positiva após o processo formativo. Inicialmente, 42,9% dos participantes classificavam-se com um nível 3, 14,3% com um nível 4 e 42,9% com um nível 5, numa escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “totalmente incompetente” e 5 a “totalmente competente”. Após o processo formativo, observou-se uma melhoria na perceção de competência com os seguintes resultados: 42,9% dos formandos avaliaram-se com um 4 e 57,1% com um 5.

No que diz respeito à avaliação do terceiro nível, foi realizada uma auditoria à utilização do PSF por parte dos profissionais da USF. Segundo Serra et al. (2022), o processo de auditoria constitui-se como um processo fundamental para a gestão das instituições, uma vez que possibilita a monitorização do desenvolvimento de competências, promove a formação contínua e alterações na cultura organizacional das instituições e permite, ainda, que sejam efetuadas sugestões de melhoria. No caso das instituições de saúde, as auditorias devem ser realizadas num intervalo de tempo entre seis e doze meses (Dovhan et al., 2023). Assim, mesmo sem ter decorrido o período ideal para a realização de uma auditoria, optou-se por realizá-la antecipadamente para avaliar possíveis melhorias, constatando-se que, à data de janeiro de 2024, a identificação do PSF apresentou um crescimento de 87%, ou seja, um incremento de 46 utentes, refletindo a eficácia da ação de formação na melhoria da utilização dos sistemas de informação por parte da equipa e na otimização do registo e acompanhamento das famílias. Contudo, apesar deste progresso, verificou-se que alguns profissionais demonstraram resistência à utilização do PSF, não tendo efetuado nenhum registo neste âmbito. Quando questionados acerca do motivo pelo qual não o fizeram, as questões relativas à falta de tempo útil em consulta para a realização deste registo, bem como à ausência de indicadores sensíveis aos cuidados de saúde de Enfermagem às famílias foram as destacadas.

Finalmente, no que concerne ao quarto nível, devido ao curto intervalo de tempo entre a realização da ação de formação e o término do estágio, a sua avaliação não foi viável.

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso de estágio representou uma oportunidade singular para o desenvolvimento e consolidação das competências do EEECESF, conforme estabelecido nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE. Ao longo desse período, foram desenvolvidas competências relacionadas com os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019), com a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados e com a liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da ESF (Regulamento n.º 428/2018), bem como com a participação ativa em iniciativas formativas e científicas.

A prática profissional, ética e legal de Enfermagem constitui um alicerce fundamental no exercício da ESF, orientando a prestação de cuidados. Esta deverá ser pautada não só por competências técnicas e conhecimento científico, bem como por alguns princípios norteadores, entre eles: a dignidade humana, a autonomia, a igualdade, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência, a responsabilidade e o aperfeiçoamento profissional e, por fim, o princípio da beneficência (Lei n.º 8/2024; OE, 2015). Esta competência refletiu-se numa prática clínica baseada na melhor evidência científica disponível, no respeito pelos valores, ideologias e especificidades da família, na promoção da sua participação ativa nas decisões relativas à sua saúde, e na garantia da confidencialidade e privacidade das famílias. Por exemplo, no caso da Família 2, onde estavam presentes na consulta três gerações da família, foi identificado um conflito intergeracional entre o avô e a mãe da recém-nascida em relação à mesma. Nesse sentido, foi promovido um espaço terapêutico e seguro, onde todos membros se puderam expressar, quer em conjunto, quer individualmente. Durante o processo de co-construção dos planos de cuidados, foram consideradas as expectativas e experiências de cada família, como é o caso da Família 1. Assim, foram recuperadas experiências anteriores positivas entre o casal, expressas por S., com o objetivo de promover a adoção de novos rituais familiares que potenciassem a

Satisfação Conjugal. A confidencialidade e privacidade foram garantidas pela realização das consultas em ambiente reservado e adequado, bem como pela recolha e registo exclusivo dos dados clinicamente relevantes. A proteção da identidade dos membros da família foi assegurada através da utilização de codificação da informação, sempre mediante a obtenção do respetivo consentimento informado, em conformidade com os princípios éticos e legais da prática de Enfermagem.

A competência relativa à melhoria contínua da qualidade foi promovida através da aplicação do MDAIF, que proporcionou uma abordagem sistemática à avaliação e intervenção das famílias, permitindo a identificação de forças, vulnerabilidades e necessidades específicas, bem como da Teoria das Transições, que auxiliou na compreensão dos processos de mudança vivenciados pelos seus membros e do seu impacto no sistema familiar, bem como na adoção de estratégias de intervenção ajustadas. Além disso, a realização de auditorias no âmbito dos registos de Enfermagem no SClínico-CSP, com enfoque no PSF, proporcionou uma oportunidade de melhoria da qualidade dos registos e da continuidade de cuidados. Com a realização do processo formativo direcionado à equipa multidisciplinar, promoveu-se ainda a reflexão crítica sobre os processos de documentação, reforçando não só a importância da realização de registos clínicos estruturados, mas também sobre a criação e monitorização de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de ESF.

No que concerne à gestão dos cuidados, destaca-se a articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem integrada, holística e colaborativa na prestação de cuidados às famílias. Esta articulação concretizou-se, entre outros exemplos, na referenciação da Família 3 para o médico de família, com o objetivo de promover uma decisão informada por parte de C. na escolha de um método contraceptivo adequado às suas necessidades e preferências.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi impulsionado não só pela contínua procura pela melhor evidência científica disponível no decorrer

das UC para a fundamentação da prática profissional, mas também pela participação ativa em iniciativas formativas e científicas. A experiência adquirida na organização e implementação do processo formativo reforçou a importância da formação contínua como ferramenta para o desenvolvimento profissional. A reflexão gerada pelo processo formativo permitiu identificar potenciais melhorias na prestação de cuidados às famílias, reforçando a importância da formação interprofissional baseada na evidência científica. Como resultado, verificou-se, além de um impacto positivo na qualidade dos registos em SI, a consolidação de uma visão mais partilhada e sustentada da ESF nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018). Além disso, a participação ativa em eventos científicos, como o 5.º Congresso de Enfermagem da ULS de Santo António, com a exposição do póster com o título “Lesões Musculoesqueléticas em Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários” (Anexo VIII), e a Comemoração do Dia Internacional da Família, com a apresentação da comunicação livre “Vivências da família monoparental face à entrada dos filhos na escola” (Anexo IX), proporcionou uma oportunidade para a consolidação de competências de comunicação, pensamento crítico e análise reflexiva, bem como para a disseminação do conhecimento.

No que diz respeito às competências específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018), estas desdobram-se em várias unidades de competência, as quais foram desenvolvidas e aprofundadas ao longo do estágio.

Quanto ao estabelecimento de uma relação com a família para promover a capacitação das famílias, a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas, pôde ser visível através do estabelecimento de uma relação terapêutica com as famílias, da garantia de disponibilidade, versatilidade e de uma perspetiva sistémica que permitiu responder às necessidades identificadas, bem como da co-construção do plano de cuidados personalizado de modo a alcançar os resultados expectáveis, com o objetivo de obter ganhos em saúde, a promoção da saúde familiar e ainda a prevenção da doença. Assim, no que se refere à Família 2, explorou-se o significado atribuído por P. e G. às perspetivas do outro, o que retiravam dessas trocas e o

que cada um considerava que poderia melhorar. Ambos foram incentivados a assumir pequenos compromissos de mudança, com vista à redefinição dos papéis familiares, o que resultou numa maior autonomia de P. enquanto mãe e da afirmação do papel de G. enquanto avô, minimizando a sobreposição de papéis.

No que se refere à colheita de dados para o estado de saúde da família, esta foi conduzida através da recolha de informações junto dos próprios membros, dos profissionais de saúde envolvidos no seu acompanhamento e da observação direta dos elementos presentes em consulta. Esta abordagem permitiu uma avaliação aprofundada da estrutura familiar, complementada pela construção do genograma e do ecomapa, facilitando a identificação dos subsistemas familiares, das suas dinâmicas, das suas forças e dos recursos disponíveis. O recurso ao MDAIF, através da sua matriz operativa, possibilitou a avaliação das famílias nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. A par com este, a utilização de instrumentos de avaliação familiar e da Teoria das Transições, permitiu identificar as necessidades dos sistemas familiares, possibilitando a formulação de diagnósticos de Enfermagem tanto a nível familiar como individual e o planeamento das intervenções.

Face à monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, mobilizaram-se saberes inerentes não só à Enfermagem, como a outras ciências, de modo a fundamentar o processo de tomada de decisão. Teve-se em conta a etapa de desenvolvimento familiar bem como as transições dos membros das famílias, e analisaram-se os fatores que poderiam ter implicação nos padrões de resposta a situações complexas, como crenças, fatores ambientais, recursos disponíveis e antecedentes familiares. No caso da Família 3, identificou-se que C. manifestava insatisfação com a sua imagem corporal, expressando o seu desejo de dedicar mais tempo ao autocuidado. No entanto, reconhecia sentir-se limitada pela sobrecarga associada à gestão da casa e dos filhos, os quais constituíam a sua prioridade. Tendo em conta este contexto e, segundo C., os recursos financeiros limitados da família, foi proposta a instituição de um ritual diário de caminhar com os filhos até à escola. Esta estratégia, construída em conjunto com a utente, teve

como objetivo promover momentos de bem-estar e, ao mesmo tempo, dedicar um momento do dia a si própria, sem custos associados. Esta rotina passou a ser vivida como tempo de qualidade, que contribuiu para melhorar a sua disposição e autoestima, reforçando, ainda, os laços familiares.

Relacionado com o desenvolvimento da prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, tal como previamente enunciado, foi assegurado um ambiente seguro durante os momentos de consulta, promovendo a participação ativa das famílias no seu processo de cuidados. Foram igualmente co-construídas metas e planos de cuidados personalizados tendo em conta a análise das dinâmicas familiares e do ambiente em que se inserem, com base no pensamento sistémico.

No que concerne à unidade de competência relacionada com a intervenção, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, foram concretizados vários momentos de consulta junto das famílias, nos quais se promoveu o diálogo e a escuta ativa como ferramentas para a construção da relação terapêutica. Atendendo à comunicação verbal e não verbal, nomeadamente expressões faciais, silêncios e gestos dos membros da família, foi possível compreender as suas necessidades e, posteriormente, co-construir os seus objetivos e concretizá-los. Através da utilização de técnicas ativas e interacionais, como a construção do genograma das famílias ou o recurso à metáfora, aos rituais terapêuticos e ao reenquadramento, promoveu-se a participação das famílias na construção do seu plano de cuidados, bem como de estratégias de resolução de conflitos, assegurando um ambiente seguro. A qualidade dos cuidados foi garantida com base na melhor evidência disponível, integrando referenciais científicos na prática clínica. Para assegurar um acompanhamento estruturado e contínuo, os registos das intervenções foram efetuados na matriz operativa do MDAIF (Anexo II), permitindo identificar e intervir nos diagnósticos identificados, bem como monitorizar os resultados das intervenções realizadas. Todo o processo de cuidados foi registado num documento que contempla a matriz operativa do MDAIF (Anexo II), assegurando um registo estruturado da evolução das

famílias e permitindo uma monitorização contínua da eficácia das intervenções implementadas.

De modo a facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, estabeleceu-se uma relação de confiança e um ambiente seguro que permitiu que as famílias partilhassem a sua história. Esta partilha possibilitou a recolha de informações essenciais para a avaliação familiar, promovendo uma compreensão aprofundada das suas dinâmicas e necessidades. No decorrer das intervenções, foi incentivado o processo de reflexão, auxiliando as famílias a explorar as suas experiências, identificar as suas forças, reconhecer oportunidades de crescimento e mudança e expressar as suas expectativas e preocupações. Esta abordagem permitiu ajustar estratégias de intervenção, minimizar fatores de tensão ou conflito e promover relações de apoio eficazes. A avaliação dos sistemas mais amplos possibilitou a análise da interação entre o indivíduo, a família, a comunidade e os sistemas de saúde, facilitando a identificação de novas abordagens e recursos disponíveis de modo a alcançar os objetivos das famílias. Neste contexto, foi realizada uma análise dos recursos necessários, como exemplificado anteriormente no caso da Família 3, assegurando a referenciação para os serviços adequados e a mobilização das redes de apoio. Durante todo o processo, foi oferecido *feedback*, reforçando os pontos fortes da família e reconhecendo o seu progresso, incentivando a manutenção de comportamentos. O acompanhamento da evolução familiar foi uma prioridade, promovendo discussões regulares sobre o progresso e o reajuste de estratégias. Dessa forma, as intervenções foram ajustadas continuamente, garantindo que as intervenções fossem dinâmicas e ajustadas às necessidades.

O envolvimento de forma ativa e intencional na prática de ESF demonstrou-se pela procura contínua de orientação e de aconselhamento por parte das orientadoras científicas, das docentes que acompanharam as UC e da enfermeira cooperante. Ao longo de todo o percurso, procurou-se avaliar continuamente a prática profissional, tendo em conta as diretrizes e regulamentos da ESF, com o intuito de identificar aspetos passíveis de melhoria. Esta avaliação incluiu a análise das interações com as famílias, do

seu progresso e dos resultados alcançados, através de momentos de reflexão crítica individual, de discussões dos casos com a enfermeira cooperante e as docentes orientadoras das UC e com a análise dos resultados das intervenções. Além disso, a colaboração com colegas foi uma prática constante, promovendo a articulação interprofissional e a procura por soluções conjuntas. Por exemplo, a realização do processo formativo, contou com a colaboração da equipa multiprofissional no que se refere, entre outros, à organização do espaço e materiais, à definição da data, à participação no mesmo, ou à definição de conteúdos a serem abordados. Além disso, no âmbito da articulação interprofissional, o caso da Família 3 foi discutido com o médico de família, na sequência da referenciação realizada, permitindo alinhar estratégias e reforçar a intervenção. O trabalho em equipa foi, desta forma, desenvolvido de forma dinâmica e reflexiva, assegurando não apenas a aprendizagem contínua, mas também a melhoria da qualidade dos cuidados. Formalizaram-se ainda momentos para avaliar a satisfação das famílias quanto à relação enfermeira/família e à eficácia dos cuidados quanto ao alcance dos objetivos. Para tal, recorreu-se à utilização de questões abertas para perceber a perceção das famílias relativamente às intervenções, procurando-se, através das respostas obtidas, melhorar continuamente a prestação de cuidados. Neste sentido, foram colocadas questões como: “Sente que este momento que passaram juntos (o ritual) trouxe alguma mudança para si ou para a sua família?” e “Considera que este ritual ajudou a fortalecer a ligação?”.

Quanto à competência específica relacionada com a articulação outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, importa reconhecer que esta se articula diretamente com a competência comum de gestão dos cuidados, anteriormente abordada. Neste contexto, procedeu-se à referenciação das famílias com necessidade de intervenção por parte de outras profissionais, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados.

Relativamente à gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, destaca-se a promoção de uma cultura organizacional, de prática e de investigação através da realização do processo

formativo “Famílias Alargadas: Avaliação e Intervenção Familiar”. Este processo foi planejado, estruturado e implementado com base nas necessidades formativas previamente diagnosticadas, contando com a participação da equipa multiprofissional da USF. Durante o processo formativo, foram abordados conceitos fundamentais da ESF e da especificidade das famílias alargadas, bem como o referencial teórico do MDAIF e a sua aplicação prática na prestação de cuidados a estas famílias. Neste sentido, foi possível reforçar a consciência profissional da equipa quanto ao papel do EEECESF enquanto agente promotor de cuidados centrados na família e de ganhos em saúde, promovendo uma visão partilhada da ESF e da sua intervenção nos diversos níveis de prevenção.

Em suma, as UC possibilitaram não só o aperfeiçoamento das competências técnicas e científicas, como ainda permitiram a consolidação de uma prática profissional sustentada em evidência, reforçando o papel da liderança e da colaboração interprofissional na melhoria contínua dos cuidados prestados às famílias. A integração de referenciais teóricos, a participação ativa em processos formativos e científicos e a articulação interprofissional consolidaram a identidade profissional enquanto EEECESF, contribuindo para uma intervenção mais eficaz e alinhada com as necessidades das famílias.

6. CONCLUSÃO

A concretização deste relatório reflete a consolidação das aprendizagens e do desenvolvimento de competências adquiridas ao longo do percurso formativo no âmbito do MECESF. Com foco nas famílias alargadas, tipologia familiar com crescente relevância nos atuais contextos sociocultural e demográficos, foi possível integrar referenciais teóricos, que permitiram uma abordagem sistémica e fundamentada na avaliação e intervenção familiar.

Decorrente da análise e caracterização do contexto da prática, identificou-se uma especial prevalência de famílias alargadas. Desta forma, de modo a possibilitar a prática e consolidação de conhecimentos fundamentais para a prestação de cuidados às famílias, enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros, foram selecionadas seis famílias para serem alvo dos cuidados. A avaliação e intervenção a famílias alargadas permitiu evidenciar a singularidade e a complexidade de cada sistema familiar, reforçando a necessidade de se explorarem as suas dinâmicas, forças, recursos e desafios, especialmente no contexto das transformações sociais atuais.

A prestação de cuidados à família e aos seus membros, alicerçada em referenciais teóricos como o MDAIF e a Teoria das Transições, foi indispensável e revelou-se essencial para uma prática sistematizada, reflexiva e adaptada à singularidade de cada sistema familiar. No que concerne ao MDAIF, este permitiu não só identificar as forças, recursos e vulnerabilidades do sistema familiar, como ainda a otimizar a tomada de decisão, estruturar de diagnósticos e intervenções direcionados às necessidades familiares e guiar o recurso adequado às técnicas de intervenção transversais e específicas, potenciando ganhos em saúde sensíveis à prestação de cuidados da ESF. Em complementaridade, a Teoria das Transições facilitou a compreensão das respostas dos membros das famílias às transições vivenciadas, orientando, igualmente, intervenções ajustadas a cada indivíduo. Desta forma, os resultados obtidos reforçam a importância da utilização de referenciais teóricos para orientar a prática, assegurando a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados.

O planeamento e a realização de um processo formativo dirigido à equipa multidisciplinar da USF, centrado na avaliação e intervenção familiar a famílias alargadas, revelou-se como uma oportunidade ímpar de partilha de conhecimentos e de sensibilização para a necessidade de uma abordagem estruturada e interdisciplinar no âmbito da ESF. Assim, através da partilha de conhecimentos e práticas baseadas em evidência, foi possível observar a importância da formação contínua e da investigação como pilares para a melhoria da qualidade dos cuidados, reforçar a relevância do trabalho em equipa e de uma abordagem centrada na família, além de evidenciar o papel do EEECESF como elemento fulcral na prestação e articulação entre profissionais dos cuidados às famílias. O impacto da formação dirigida à equipa multidisciplinar reforçou a necessidade de investir na investigação contínua, garantindo atualização das práticas e a incorporação de novas abordagens sustentadas e eficazes que potenciem ganhos em saúde.

Os objetivos delineados no início deste percurso foram concretizados, nomeadamente no que se refere à aquisição e consolidação de competências para a prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, e aos seus membros, e de liderança e colaboração nos processos de intervenção. No decorrer deste percurso, o contacto com as famílias e a prestação de cuidados adaptada às suas especificidades contribuíram significativamente para o crescimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de um pensamento crítico mais apurado, o fortalecimento da capacidade de adaptação a contextos familiares diversos e o reforço competências de liderança, trabalho em equipa e investigação.

Como reflexo deste percurso, sublinha-se que o desenvolvimento deste relatório reforça a relevância da ESF, como área do conhecimento da Enfermagem, destacando o papel do EEECESF enquanto promotor da saúde global das famílias, através do estabelecimento de relações terapêuticas centradas na co-construção de soluções. Para o futuro, reafirma-se a necessidade de investir continuamente no desenvolvimento de conhecimentos especializados, através da formação contínua centrada na avaliação e intervenção familiar, na utilização sistemática de referenciais teóricos e

operativos como o MDAIF e a Teoria das Transições, e na aquisição de competências relacionadas com as técnicas transversais e específicas de intervenção sistémica. Paralelamente, reforça-se a importância da prática baseada na evidência, da continuidade da investigação na área de ESF, bem como da criação e monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunhosa, A. R. A. da S. (2023). The Importance of the Family Health Nurse in Training Families. *International Journal of Health Science*, 3(76), 2–6. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1593762320097>
- Alexander, J. H., Callaghan, J. E. M., & Fellin, L. C. (2022). Genograms in research: participants' reflections of the genogram process. *Qualitative Research in Psychology*, 19(1), 91–111. <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1545066>
- Alves, C. de O., & Carvalho, A. de S. A. V. de. (2018). Do Cuidar ao Cuidar-se: Um relato de intervenção em Terapia Familiar Sistêmica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 62, 109–125. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n62a07>
- Amaro, F. (2001). A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar. *Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso*.
- Antunes, S. M. G. (2023). As trocas intergeracionais no contexto da pandemia de Covid-19. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4. <https://doi.org/10.61415/riage.80>
- Araújo, M. I., Andrade, C., & Figueiredo, M. H. (2023). Famílias Alargadas. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 112–114). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2023). *Avaliação do Idoso: Um Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar*. https://apmgf.pt/cento_d_documentos/guia-de-avaliacao-do-idoso-gai/
- Banatvala, N., & Bovet, P. (2023). *Noncommunicable Diseases*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003306689>
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo* (Edições 70, Ed.).

- Baudin, T., De Rock, B., & Gobbi, P. (2023). Economics and Family Structures. Em *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.807>
- Beça, D. C., Pereira, A. L., Azevedo, M., & Antunes, J. P. (2024). Evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal: lições aprendidas e perspectivas futuras. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 40(5), 524–530. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i5.14064>
- Bell, A. M., & Hellmann, J. K. (2019). An Integrative Framework for Understanding the Mechanisms and Multigenerational Consequences of Transgenerational Plasticity. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, 50(1), 97–118. <https://doi.org/10.1146/annurev-ecolsys-110218-024613>
- Bhatti, S., Bale, S., Gul, S., Muldoon, L., & Rayner, J. (2024). The impact of leadership style in team-based primary care – staff satisfaction and motivation. *BJGP Open*, 8(3), BJGPO.2023.0246. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0246>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations Of Contextual Therapy: Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. Taylor & Francis LTD.
- Bowen, M. (1993). *Family Therapy in Clinical Practice* (1ª). Jason Aronson, Inc.
- Bowen, M., & Kerr, M. E. (1988). *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory*. W. W. Norton & Company.

- Campbell, J. (2022). Extended family. *Salem Press Encyclopedia, Research Starters*. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=4a394ed1-9076-3b7d-9ae3-f91bd55e2ba8>
- Cantalino, J. L. R., Scherer, M. D. dos A., Soratto, J., Schäfer, A. A., & Anjos, D. S. O. dos. (2021). Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 55, 22. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>
- Carnut, L., & Faquim, J. P. S. (2014). Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 5(1). <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.198>
- Chaves, M. M. P., & Miranda, J. L. de. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712. <https://doi.org/10.25248/reas.e11712.2023>
- Chen, F., Bao, L., Shattuck, R. M., Borja, J. B., & Gultiano, S. (2017). Implications of Changes in Family Structure and Composition for the Psychological Well-Being of Filipino Women in Middle and Later Years. *Research on Aging*, 39(2), 275–299. <https://doi.org/10.1177/0164027515611181>
- Chiavenato, I. (2014a). Parte V - Desenvolvendo Pessoas. Em Manole (Ed.), *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4^a, pp. 307–372).
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Cruz, J., Escanciano, S., Marcos, A., & Pimentel, M. (2022). Unidade local de saúde: Um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série* (Nº 1). <https://doi.org/10.12707/RV21061>

Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República, I Série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República, I Série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República, I Série, n.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, n.º 161. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, n.º 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>

Dolcos, F., Hohl, K., Hu, Y., & Dolcos, S. (2021). Religiosity and Resilience: Cognitive Reappraisal and Coping Self-Efficacy Mediate the Link between

Religious Coping and Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 60(4), 2892–2905. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01160-y>

Dovhan, V. I., Hrynzovskyi, A. M., Bielai, Serhii. V., Arziantseva, D. A., Zakharkevych, N. P., & Tovma, M. I. (2023). The Model for the Audit System of Medical Service Quality in Healthcare Institutions. *Clinical and Preventive Medicine*, 5, 82–89. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2023.12>

Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row.

East, P., Doom, J., Delker, E., Blanco, E., Burrows, R., Correa-Burrows, P., Lozoff, B., & Gahagan, S. (2020). Childhood socioeconomic hardship, family conflict, and young adult hypertension: The Santiago Longitudinal Study. *Social Science & Medicine*, 253, 112962. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112962>

Ehmer, J. (2021). A historical perspective on family change in Europe. In *Research Handbook on the Sociology of the Family*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781788975544.00018>

Evans, N., & Whitcombe, S. (2016). Using circular questions as a tool in qualitative research. *Nurse Researcher*, 23(3), 26–29. <https://doi.org/10.7748/nr.23.3.26.s6>

Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 403–406). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. P., Moreira, A. R. D. S., dos Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2022). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(2), 77–90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>

- Ferreira, M. M. H. P., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/rriis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. LUSOCIÊNCIA.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Ecomapa. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 350–353). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Instrumentos de avaliação familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 383–391). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023d). Princípios da entrevista familiar sistémica. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 407–416). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023a). Metáfora. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 445–446). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023b). Rituais terapêuticos. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 443–444). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., & Fonseca, I. (2023). Conceito de cuidados de Enfermagem à família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 140–143). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023a). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 359–360). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023b). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 361–368). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vítor, C. (2023a). Escala de Graffar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 353–358). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vítor, C. (2023b). Genograma e psicofigura de Mitchell. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Vilar, A. I., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C. P., Viseu, I. P., Pinho, J., Soares, L., Reis, L., Garrido, L., Silva, M. M., Peixoto, M. M., Ferreira, M. M., Gomes, M., Barbosa, M., Oliveira, P. S., Freira, R., ... Brito, T. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar. Estudos de caso*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Madeira, A., Reis, A., Santos, M., Santiago, M., Ferreira, M., & Dias, H. (2022). Aprendizagem do cuidar a família na comunidade: Usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série* (Nº 1). <https://doi.org/10.12707/RV21073>
- Floridi, G. (2020). Social policies and intergenerational support in Italy and South Korea. *Contemporary Social Science*, 15(3), 330–345. <https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1448942>
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2020). A Enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273–282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>

- García-Vivar, C., Astedt-Kurki, P., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Imhof, L., Konradsen, H., Luttk, M. L. A., Mahrer-Imhof, R., Ostergaard, B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). Prioritizing Family Health of Older People in Europe: Current State and Future Directions of Family Nursing and Family-Focused Care. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 163–169. <https://doi.org/10.1177/1074840719852547>
- Gomes, H. M. S., Peixoto, F., & Gouveia-Pereira, M. (2019). Portuguese validation of the family adaptability and cohesion evaluation scale – FACES IV. *Journal of Family Studies*, 25(4), 477–494. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1386121>
- Gülçek, E. (2022). Family health nursing: A Recent Review. *MAS Journal Of Applied Sciences*, 7(11), 88–95. <https://doi.org/10.52520/masjaps.208>
- Hansen, B. S., & Dysvik, E. (2022). Expanding the theoretical understanding in Advanced Practice Nursing: Framing the future. *Nursing Forum*, 57(6), 1593–1598. <https://doi.org/10.1111/nuf.12827>
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. (2ª edição). Lusociência.
- Hantrais, L., Brannen, J., & Bennett, F. (2020). Family change, intergenerational relations and policy implications. *Contemporary Social Science*, 15(3), 275–290. <https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1519195>
- Hartman, A. (1995). Diagrammatic Assessment of Family Relationships. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 76(2). <https://doi.org/10.1177/104438949507600207>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de Enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2). [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hornstra, M., & Ivanova, K. (2023). Kinkeeping Across Families: The Central Role of Mothers and Stepmothers in the Facilitation of Adult Intergenerational Ties. *Sex Roles*, 88(7–8), 367–382. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01352-2>
- INE. (2022a). *Agregados e Núcleos Familiares*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_inst_infografia&INST=585629968&xpid=INE
- INE. (2022b). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE. (2023a). *Estatísticas da Saúde - 2022*. Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2023b). *Estimativas de População Residente em Portugal 2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Family Nursing Association. (n.d.). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>
- Jæger, M. M. (2012). The Extended Family and Children's Educational Success. *American Sociological Review*, 77(6), 903–922. <https://doi.org/10.1177/0003122412464040>

- Jaramillo, A. E. P., & Vélez, E. E. F. (2019). La pregunta por la pregunta en la terapia familiar sistémica posmoderna. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, 3, 127–150. <https://doi.org/10.21501/25907565.3262>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Systematic Review of the Relationship between Couple Dyadic Adjustment and Family Health. *Children*, 8(6), 491. <https://doi.org/10.3390/children8060491>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6ª). F.A. Davis.
- Kämpfen, F., Wijemunige, N., & Evangelista, B. (2018). Aging, non-communicable diseases, and old-age disability in low- and middle-income countries: a challenge for global health. *International Journal of Public Health*, 63(9), 1011–1012. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1137-z>
- Kelly, G. (2020). *The Psychology of Personal Constructs*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359037>
- Kirkpatrick, D. L. (1996). Great Ideas Revisited. Techniques for Evaluating Training Programs. Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. Em *Training and Development* (Vol. 50).
- Kirkpatrick, D. L. (1998). Evaluating training programs: The four levels. Em *Design*.
- Kılıç, H., & Güneş, E. D. (2024). Patient adherence in healthcare operations: A narrative review. *Socio-Economic Planning Sciences*, 91, 101795. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101795>
- Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 297–308. <https://doi.org/10.1111/jan.15481>

- Lee, S. Y., & Han, K. S. (2024). Family Strength: A Concept Analysis. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(2), 124–137. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2024.33.2.124>
- Lei n.º 56/1979 da Assembleia da República. (1979). Diário da República: I Série, n.º 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Lei n.º 8/2024 da Assembleia da República. (2024). Diário da República: I Série, n.º 14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Li, G., Liu, Y., Zhao, H., & Cai, H. (2019). Researchon Application of Network System to Nursing Management. *2019 11th International Conference on Measuring Technology and Mechatronics Automation (ICMTMA)*, 705–707. <https://doi.org/10.1109/ICMTMA.2019.00161>
- Lima, C. F. da M., Santos, J. L. G. dos, Magalhães, A. L. P., Caldas, C. P., Erdmann, A. L., & Santos, I. Dos. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de Enfermagem [Integrating Transitions Theory and Grounded Theory for nursing research and care]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>
- Macagno, F., & Rossi, M. G. (2019). Metaphors and problematic understanding in chronic care communication. *Journal of Pragmatics*, 151, 103–117. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2019.03.010>
- Machado, D. M. R., Brás, M. A. M., Almeida, A. das D. L. de, & Vilela, A. C. L. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à Enfermagem de saúde familiar - revisão narrativa. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n2.v1.2582>

- Marau, J. (2007). O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*, 23.
- Marquez-Velarde, G. (2020). *Multigenerational Households: A Descriptive Approach to Distinctive Definitions* (pp. 215–225). https://doi.org/10.1007/978-3-030-35079-6_15
- Martins, M., Sarmiento, T., & Alves, S. (2019). Família: ontem como hoje, permanente educadora. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 211–228. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.382>
- Matějka, M., & Kořán, R. (2024). Intergenerational Exchange: Connecting Learning Experiences Across Generations. *R&E-SOURCE*, 165–175. <https://doi.org/10.53349/resource.2024.is1.a1252>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Montoro-Gurich, C., & Garcia-Vivar, C. (2019). The Family in Europe: Structure, Intergenerational Solidarity, and New Challenges to Family Health. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 170–189. <https://doi.org/10.1177/1074840719841404>
- Moreira, M. I., Figueiredo, M. H., & Andrade, C. (2020). O processo de transição da integração do recém-nascido na família alargada: confrontando diferentes perspectivas. *International Congress › Research Innovation & Development in Nursing 2019*, 347–355. <http://hdl.handle.net/10400.26/31490>
- Murphy, M. L. (2019). How the «sandwich generation» affects retirement. *Journal of Accountancy*, 227(4/5), 1–5.
- Nascimento, F. C. do, Júnior, W. L., Souza, D. R. de, Freire, B. S. de M., Braga, C. G., & Costa, I. C. P. (2023). Aplicabilidade de referenciais teóricos por

enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão de escopo. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 13(21), 1–20. <https://doi.org/10.5902/2179769273379>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em Enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>

Nazaré, P. F., Fernandes Pais, A. S., & Figueiredo-Dias, M. (2022). Postponing Motherhood: A Demographic and Contemporary Issue. *Current Women s Health Reviews*, 18(1). <https://doi.org/10.2174/1573404817666210208203220>

Negi, S., & Sattler, K. M. P. (2024). Protective effect of social support: A longitudinal application of Family Stress Model. *Children and Youth Services Review*, 164, 107864. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107864>

Nguyen, C. V., & Vu, L. H. (2025). Does Parental Absence Harm Children's Education? Evidence from Vietnam. *Journal of Asian and African Studies*, 60(2), 692–716. <https://doi.org/10.1177/00219096231176739>

Nichols, M., & Davis, S. (2016). *Family Teraphy: Concepts and methods*. Pearson.

Nunes, A. (2024). Vertical Integration in Healthcare and Patient Satisfaction: An Exploratory Analysis of Portuguese Reforms. *Sustainability*, 16(3), 1078. <https://doi.org/10.3390/su16031078>

Nuriyanto, A., & Rahayuwati, L. (2019). Family Nursing as an Improvement Strategy of Family Health Index in Indonesia: A Literature Review. *Asian Community Health Nursing Research*, 7. <https://doi.org/10.29253/achnr.2019.1721>

Obbia, P. (2021). What family nursing really means? *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40(3).

- ██████████. (2022). ██████████. Em *Newsletter* edição ████████. Câmara Municipal de ██████████.
- Oliveira, C. de, Santos, L. C. dos, Andrade, J. de, Domingos, T. da S., & Spiri, W. C. (2020). Leadership in the perspective of Family Health Strategy nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190106>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas, S.A. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Otto, A. F., & Ribeiro, M. A. (2020). Contribuições de Murray Bowen à Terapia Familiar Sistêmica. *Pensando Famílias*, 24(1).
- Perez, M. E., Quintanilla, C., Castaño, R., & Penaloza, L. (2019). Inverse socialization with technology: understanding intergenerational family dynamics. *Journal of Consumer Marketing*, 36(6), 818–826. <https://doi.org/10.1108/JCM-12-2017-2474>
- Pinheiro-Carozzo, N. P., Da Silva, I. M., Murta, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções Familiares para Prevenir Comportamentos de Risco na Adolescência: Possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. Em *Pensando Famílias* (Vol. 24, Número 1).

- Pinto, L., Leal, F., Soares, L., Reis, L., Carvalho, D., Paiva, B., & Figueiredo, M. H. (2024). Aplicabilidade do MDAIF na Enfermagem: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(2), 1–12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.328>
- PORDATA. (2023). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512>
- Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, n.º 201. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Portaria n.º 411-A/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, n.º 234, 1.º Suplemento. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>
- Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco.news*, 42, 30–37. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>
- Protasio, A. P. L., Gomes, L. B., Machado, L. dos S., & Valença, A. M. G. (2017). Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184715>
- Reach, G. (2023). How is Patient Adherence Possible? A Novel Mechanistic Model of Adherence Based on Humanities. *Patient Preference and Adherence*, Volume 17, 1705–1720. <https://doi.org/10.2147/PPA.S419277>

Regulamento n.º 126/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II Série, n.º 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Relvas, A. P. P. R. da F. (2003). A Terapia Familiar. Teoria e Prática. Em *Por Detrás do Espelho - Da Teoria à Terapia com a Família* (2ª edição, pp. 13–38). Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 436–437). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(1), 19–30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i1.178>

Rosário, L. A. do, Boaventura, T., Lechmann, E., Freitas, A. I., Gonçalves, M., & Silva Junior, M. F. (2020). APLICABILIDADE APGAR FAMILIAR: SÉRIE DE CASOS. *Pensar Acadêmico*, 19(1), 154. <https://doi.org/10.21576/pa.2021v19i1.1926>

- Rothenberg, W. A. (2019). Intergenerational continuity in parenting: a review and theoretical integration. *Marriage & Family Review*, 55(8), 701–736.
<https://doi.org/10.1080/01494929.2019.1589618>
- Rözer, J., Poortman, A.-R., & Mollenhorst, G. (2017). The timing of parenthood and its effect on social contact and support. *Demographic Research*, 36, 1889–1916. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.36.62>
- Rusciolelli, V. B., Xavier, T. P., Gonçalves, W., & Freitas, R. R. de. (2020). Construção e Análise de um Procedimento Avaliativo de Treinamento: Modelo Kirkpatrick. *Revista FSA*, 17(1), 177–194. <https://doi.org/10.12819/2020.17.1.9>
- Russell, L. T. (2020). Capturing Family Complexity in Family Nursing Research and Practice. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 287–293.
<https://doi.org/10.1177/1074840720965396>
- Santiago, C., & Figueiredo, M. H. (2023). Estrutura e Configurações Familiares. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 101–102). Lidel - Edições Técnicas, Lds.
- Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2023). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2521–2532.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16382>
- Sequeira, C., Carvalho, J., & Sampaio, S. (2023). Tipos de Entrevista. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 400–402). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em Enfermagem nas organizações de saúde: revisão

narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317–337.

<https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>

Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020a, Fevereiro). *Uniformização dos sistemas nos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/02/uniformizacao-dos-sistemas-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020b, Julho). *SClínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>

Silva, C. M., & Neves, B. S. de C. (2023). Modificações na Família Contemporânea: revisão do que é dito sobre família entre 2010 e 2019. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 13(1), 94–114. <https://doi.org/10.11606/rb6bka30>

Silva, M. A. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13732>

Silva, M., Figueiredo, M., Coutinho, V., & Coelho, A. (2022). Metodologias pedagógicas em Enfermagem de saúde familiar: Scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (Nº 1). <https://doi.org/10.12707/RV21107>

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

- Sousa, E. P. M. de, & Lucas, P. R. M. B. (2022). A qualidade dos cuidados de Enfermagem no ambiente de prática de Enfermagem: revisão scoping. *Global Academic Nursing Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200267>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de Família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 92–95). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Tao, S. S., Lau, E. Y. H., & Yiu, H. M. (2019). Parental Involvement After the Transition to School: Are Parents' Expectations Matched by Experience? *Journal of Research in Childhood Education*, 33(4), 637–653. <https://doi.org/10.1080/02568543.2019.1653409>
- Valle, P. R. D., & Ferreira, J. de L. (2024). Análise de Conteúdo na Perspectiva de Bardin: Contribuições e Limitações para a Pesquisa Qualitativa em Educação. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>
- Verulava, T., Barkalaia, T., & Chiladze, G. (2024). Work Motivation and Job Satisfaction among Primary Healthcare Workers in Georgia. *Hospital Topics*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/00185868.2024.2383909>
- Vicente, H. T., & Sousa, L. (2010). Funções na família multigeracional: Contributo para a caracterização funcional do sistema familiar multigeracional. *Psychologica*, 53. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_8
- Wallace, D., Cooper, N. R., Sel, A., & Russo, R. (2023). The social readjustment rating scale: Updated and modernised. *PLOS ONE*, 18(12), e0295943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295943>
- Wang, M., Fan, Y., Zhang, Q., Sun, Q., Wan, G., & Hong, J. S. (2023). Multigenerational care or parental care? Familial care types, social–emotional development and mediation of parent–child relationship of single-parent

children in mainland China. *Child & Family Social Work*, 28(3), 833–845.

<https://doi.org/10.1111/cfs.13008>

Whitaker, C. A., & Bumberry, W. M. (1988). *Dancing With The Family: A Symbolic-Experiential Approach*. Routledge.

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª edição). FA Davis.

Zanasi, F., & Bordone, V. (2025). The effect of grandparental involvement on grandchildren's school grades: Heterogeneity by the extended family characteristics. *Social Science Research*, 125, 103095.

<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2024.103095>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva*, 36(136).

Zuluaga, M. C., Mesa, S. P. E., Valencia, J. A. G., & Bustamante, A. R. (2020). La metáfora en terapia familiar: fundamentos para la intervención. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 35(35), 80–106.

<https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>

ANEXOS

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA CATACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DA ENFERMEIRA COOPERANTE

A confidencialidade dos dados é garantida, sendo que os mesmos serão de acesso exclusivo da equipa de saúde familiar e da estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Na sua utilização em contexto académico serão tidos em consideração os princípios do anonimato.

A – Composição Familiar

✓ Nº de membros da família: _____

✓ Idade, Sexo, Patologias dos membros:

✓ Membro a:
✓ _____

✓ Membro b:
✓ _____

✓ Membro c:

✓ Membro d:

✓ Membros dependentes no autocuidado? Se sim, quem e quem é o prestador de cuidados:

✓ Subsistemas:

Conjugal
 Parental

Filial
 Fraternal

B – Tipo de Família

Casal
 Família Nuclear
 Família Reconstruída
 Família Monoparental liderada pela mulher
 Família Monoparental liderada pelo homem

Coabitação
 Família institucional
 Comuna
 Unipessoal
 Alargada

C – Etapa do Ciclo Vital

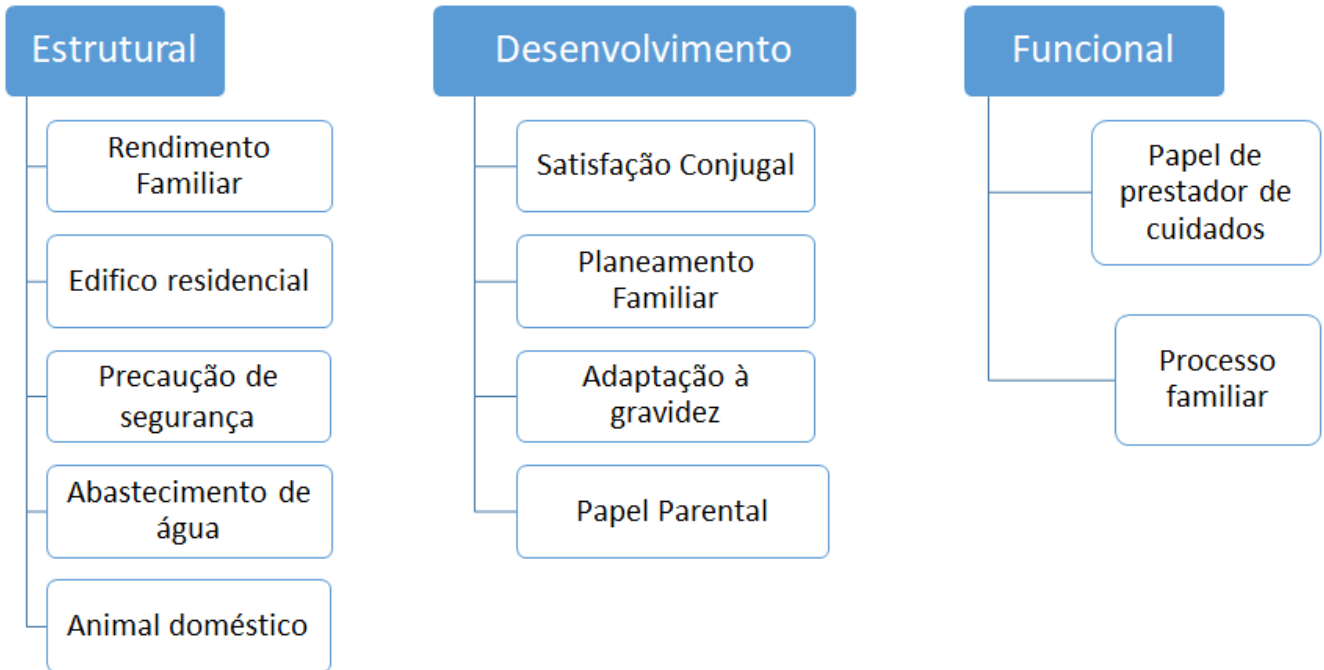
- I – Família sem filhos
- II – Família com filhos pequenos
- III – Família com filhos em idade pré-escolar
- IV – Família com filhos em idade escolar
- V – Família com filhos adolescentes
- VI – Família com jovem adulto a sair de casa
- VII – Progenitores de meia idade
- VIII – Família idosa

D – Classe Social

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios: Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

ANEXO II – MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF – VERSÃO REDUZIDA

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

--

Dado avaliativo: Tipo de Família <i>(eliminar o que não se adequa)</i>			
Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro <i>(especificar)</i>			

Dado avaliativo: Família Extensa	
	Nome(s) <i>(igual ao assinalado no genograma)</i>
Tipo	
Pessoal	
Telefónico	
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	Amigos	Outros
Vínculo forte								
Vínculo intrermédio								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

(eliminar o que não se adequa)

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	<i>(colocar resultados/dados)</i> - Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)] ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i>
CrITÉrios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)
	Promover a gestão do rendimento familiar
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</u>	

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i>

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>
CrITÉRIOS diagnÓsticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
DiagnÓstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional	
	Promover governo da casa	
	Reforçar o governo da casa	
	Instruir a família sobre governo da casa	
	Motivar a família para governo da casa	
	Requerer serviços sociais	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	

Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-------------	--

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento</u> (central, lareira, ar condicionado, etc.) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento</u> (canalizado ou botija) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
	Orientar para serviços da comunidade
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado) - Existência / Ausência de Abastecimento de água (colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água) Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...) - No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água	
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)	

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) - Existência / Ausência de Animal doméstico (especificar espécie/raça) - Existência / Ausência de Vacinação - Se Ausência de vacinação <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do

	<p>animal doméstico (colocar texto livre, se não demonstrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade (colocar texto livre, se não demonstrado) <p>- Existência / Ausência de Desparasitação</p> <p>- Se ausência de desparasitação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico (colocar texto livre, se não demonstrado) • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade (colocar texto livre, se não demonstrado) <p>- Outros dados: (colocar texto livre: <i>higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados</i>)</p>
Crítérios diagnósticos	<p>Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>
Diagnóstico	<p>Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado (eliminar o que não se adequa)</p>



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)	
	Orientar para serviços da comunidade	
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico	
	Motivar para vacinação do animal doméstico	
	Motivar para desparasitação do animal doméstico	
	Supervisionar vacinação do animal	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado (eliminar o que não se adequa)	

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	<u>Relação dinâmica disfuncional</u> se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	

<p><u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</p>	
<p><u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u></p>	<p>Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal</p>	
<p><u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.1.3- Interação Sexual</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</p>	
<p><u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade</p>	
<p><u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u></p>	<p>Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Critérios</p>	<p>Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não</p>	

diagnósticos					
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada (eliminar o que não se adequa)				
Dimensão	B.1.3- Função Sexual				
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais				
Disfunções Sexuais	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td> <td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fundamentação</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais				
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td> <td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fundamentação</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim ou Item 1: Sim e Item 2: Não				
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida (eliminar o que não se adequa)				

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (eliminar o que não se adequa)



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planear rituais familiares
	Motivar para atividades em conjunto

	Ensinar sobre sexualidade
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
	Orientar para serviços médicos
	Orientar para terapia familiar
	Orientar para serviços (psicologia)
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.2- Planeamento Familiar	
Dimensão	B.2.1- Fertilidade	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.1- O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos	
<u>O casal planeia ter filhos/ mais filhos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.2- <u>Alterações / Sem alterações na fertilidade do casal</u>	
<u>Alterações na fertilidade do casal</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos de fertilização artificial	
<u>Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade	

<u>Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado	
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional	
<u>Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo <i>Se Uso qual?</i>	
<u>Uso de Contracetivo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contracetivo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
<u>Interrupção do</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades,</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>

uso de contraceptivo	<i>narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
Satisfação com o contraceptivo adotado	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos	
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos	
Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Uso de contraceptivo Não adequado Se: Uso de contraceptivo e Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Uso de contraceptivos adequado / Não adequado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<p><u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</p> <p><i>Se interrupção, o motivo e quando?</i></p>	
<p><u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u></p>	<p>Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</p>	
<p><u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez</p>	
<p><u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</p>	
<p><u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</p>	
<p><u>Conhecimento do casal sobre desvantagens</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

de gravidez não desejadas	Fundamentação
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.2- Planeamento familiar
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz <ul style="list-style-type: none"> • Se Fertilidade Comprometida e/ou; • Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; • Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado • Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; • Conhecimento sobre reprodução não demonstrado
Diagnóstico:	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado / Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado / Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado (eliminar o que não se adequa)



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
Orientar o casal para serviços médicos	
Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.3- Adaptação à Gravidez	
Dimensão	B.3.1- Conhecimento	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.	
<u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades,</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>

	<i>narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
<u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
<u>Conhecimento sobre desenvolvimento fetal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
<u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê.	
<u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u>	B.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</u>	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</u>	B.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé</u>	B.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de adesão Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de adesão demonstrado / não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Crítérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	• Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado (eliminar o que não se adequa)



Se Adaptação à Gravidez Não Adequada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez
	Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Orientar para serviços de saúde
Facilitar o suporte familiar	
Promover a comunicação expressiva das emoções	
Promover a comunicação do casal	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</u>	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u></p>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u></p>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u></p>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u></p>	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u></p>	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	

Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	

<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u></p>	<p>B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral</p>	
<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</u></p>	<p>B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p>	
<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u></p>	<p>B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária</p>	
<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p>	
<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do</p>	<p>B.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer</p>	

<p>item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</u></p>	<p>adequadas à criança</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u></p>	<p>B.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u></p>	<p>B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação</p>	
<p>Atividade</p>	<p>B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização</p>	
<p>Atividade</p>	<p>B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil</p>	
<p>Atividade</p>	<p>B.4.2.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação</p>	

<p>Diagnóstica do item</p> <p>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</p>	<p>B.4.2.15-Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes</p> <p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Crítérios diagnósticos</p>	<p>Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.4.3- Comportamentos de adesão</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</p>	<p>B.4.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</p> <p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</p>	<p>B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança</p> <p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</p>	<p>B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade</p>	<p>B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança</p>	

Diagnóstica do item Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
	Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança		
B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança		
B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança		
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem a socialização da criança		
B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança		
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança		
B.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança		
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais definem regras entre subsistemas		
B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas		
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade B.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança		

Diagnóstica do item		
Os pais interagem positivamente com a criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO	
Consenso do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO	
Conflito do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO	
Saturação do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim

Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / • Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)
--------------	---

	<p><i>Se Papel Parental Não Adequado</i></p>
<p>Inter</p>	<p><i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>
	<p>ivre)</p> <p>o)</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical</p> <p>Ensinar os pais sobre aleitamento materno</p> <p>Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno</p> <p>Ensinar os pais sobre aleitamento artificial</p> <p>Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial</p> <p>Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre vigilância de saúde</p> <p>Ensinar os pais sobre características do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre processo de vinculação</p>
	<p>(De recém-nascido até à infância escolar)</p> <p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p>
	<p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para higiene adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança</p> <p>Motivar os pais para a socialização da criança</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Orientar para serviços sociais</p> <p>Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p>

<p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p>	
<p>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</p>	
<p>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)</p>	<p>Data (colocar resultados/dados)</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)</p>

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)	
Dimensão	B.5.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	

<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u></p>	<p>B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u></p>	<p>B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		

	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO				
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>				
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola				
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários				
<u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Fundamentação</u></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar				
<u>Criação de espaço para a criança estudar</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Fundamentação</u></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança				
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Fundamentação</u></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares				
<u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Fundamentação</u></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança				
<u>Promoção da socialização/autonomia da criança</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Fundamentação</u></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<u>Fundamentação</u>	
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Critérios diagnósticos	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se:				

		Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança		
Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança		
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança		
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança		
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança		
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança		

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

<p><u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança</p>	
<p><u>Os pais promovem a socialização da criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</p>	
<p><u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas</p>	
<p><u>Os pais definem regras entre subsistemas</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança</p>	
<p><u>Os pais interagem positivamente com a criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)</p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.5.4 Consenso do Papel</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.4-Consenso SIM/ NÃO</p>	
<p><u>Consenso do papel</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO	
Conflito do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO	
Saturação do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos pequenos (da infância escolar ao início da adolescência)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Adaptação da família à escola Não Eficaz /Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p> <p>Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos</p>

	<p>novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares Promover a socialização/autonomia da criança</p>
	<p>Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>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;</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p>
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos na escola (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Dimensão	B.6.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>


	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u></p>	<p>B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u></p>	<p>B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u></p>	<p>B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u></p>	<p>B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u></p>	<p>B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	

CrITÉrios diagnÓsticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
SubdiagnÓstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
DimensÃO	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade DiagnÓstica do item <u>Os pais proporcionam a realizaçãO de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</u>	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realizaçãO de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	
	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>
	<u>FundamentaçãO</u>	
Atividade DiagnÓstica do item <u>Os pais promovem a ingestãO nutricional adequada ao adolescente</u>	B.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoçãO da ingestãO nutricional adequada ao adolescente	
	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>
	<u>FundamentaçãO</u>	
Atividade DiagnÓstica do item <u>Os pais promovem um padrãO de atividades de lazer adequado ao adolescente</u>	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoçãO de atividades de lazer adequado ao adolescente	
	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>
	<u>FundamentaçãO</u>	
Atividade DiagnÓstica do item <u>Os pais promovem a socializaçãO/autonomia do adolescente</u>	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoçãO da socializaçãO/autonomia do adolescente	
	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>
	<u>FundamentaçãO</u>	
Atividade DiagnÓstica do item <u>Os pais definem regras entre os subsistemas</u>	B.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoçãO de regras entre subsistemas	
	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificaçãO do(s) cÔnjuge(s))</i>
	<u>FundamentaçãO</u>	
Atividade DiagnÓstica	B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoçãO da interaçãO com o grupo de	

do item	amigos	
<u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
<u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
<u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
<u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
<u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Crítérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuges(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuges(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuges(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuges(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:  <i>Se Papel Parental Não Adequado</i>	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ adesão Não demonstrado / não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante</p> <p>Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de</p>

	<p>amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos</p>
	<p>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; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de coping para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p>
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

adulto	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do Papel</u>	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do Papel</u>	B.7.5- Existência / Não existência de saturação do papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
<u>Consenso Não</u>	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	
<u>Conflito SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões conflituais no papel	
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Saturação SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
--------------------	---

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente SIM <i>(eliminar se não se adequa)</i>							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros (especificar)
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							
Se o prestador de cuidados não for membro da família:				Instruído ou iletrado			
				Profissão			
				Contacto			

Dados avaliativos se membro da família dependente SIM		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre		

Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
Conhecimento	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Aprendizagem		

de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	<i>cônjuge(s)</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

ao sanitário		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	

Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	

<p><u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</p>	
<p><u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p>	
<p><u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p>	
<p><u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p><u>Fundamentação</u></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p>	

<p><u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p>	
<p><u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância</p>	
<p><u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>C.1.3- Consenso do Papel</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO</p>	
<p><u>Consenso do papel</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	

Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
Conflito do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
Saturação do papel	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário

	<p>Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia Instruir PC sobre técnica de fanerotomia Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p> <p>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</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada</p>
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO</i>)		

FAVORÁVEL, especificar)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		

Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.																		
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.																		
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.																		
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.																		
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.																		
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.																		
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros																		
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.																		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros																		
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.																		
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.																		
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.																		
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.																		
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros																		

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	5	1	2	13	21	15	3	0
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)				
	2	14	28	4	16	6	18	8	2	2	1	2	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS					
Apgar Familiar De Smilkstein					
APGAR		Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)	
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.					
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10 Família altamente funcional		4 a 6 Família com moderada disfunção		0 a 3 Família com disfunção acentuada	
Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Família com disfunção acentuada					
---------------------------------	--	--	--	--	--

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Intervenção dos profissionais de saúde	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
CrITÉRIOS diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	<p>Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM</p> <p>Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>	
Subdiagnóstico	<p>Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p> <p>Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade e da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade e da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação
Critérios diagnósticos	<p>Relação Dinâmica Disfuncional se:</p> <p>A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)</p>
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	<p>Processo Familiar Disfuncional se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Processo Familiar Disfuncional

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Otimizar a comunicação na família</p> <p>Planear rituais familiares</p> <p>Otimizar padrão de assertividade</p>
	<p>Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família</p> <p>Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Colaborar na identificação dos papéis familiares</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais do papel</p> <p>Avaliar saturação do papel</p> <p>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família</p> <p>Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)</p> <p>Requerer Serviço Social</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Promover o suporte da família</p> <p>Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Avaliar os conflitos do Papel</p> <p>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família</p>

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

	<p>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p>
	<p>Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação</p>
<p><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></p>	
<p><u>Fundamentação (ACI) (Se adequado)</u></p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i></p>	<p>Data</p>
<p><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i></p>	<p><i>(colocar resultados/dados)</i></p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Diagnóstico de necessidades de formação profissional

O meu nome é Bruna Alves e sou enfermeira a realizar estágio profissional na USF [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Este questionário tem como objetivo identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar da unidade, com vista à realização de um processo formativo. A sua participação é fundamental para que esta seja planeada de acordo com as necessidades específicas da equipa.

As respostas serão tratadas de forma confidencial e os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para o diagnóstico e planeamento da ação de formação.

O questionário é composto por 3 partes e o tempo estimado para o seu preenchimento é de cerca de 5 minutos.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

** Indica uma pergunta obrigatória*

Parte I - Caracterização sociodemográfica e profissional

1. Idade *

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Fémio

Masculino

Outra: _____

3. Habilitações Académicas *

4. Tempo de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários (CSP) *

5. Tem formação em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF)? (Apenas para Enfermeiros)

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Se sim, qual?

Parte II - Conhecimento de conceitos e formação sobre o MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar)

7. Conhece o MDAIF? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Realizou alguma formação sobre o mesmo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Outra: _____

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

9. Se sim, qual?

10. Se não, considera pertinente aprofundar conhecimentos acerca do mesmo? Porquê?

11. Qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família? *

Marcar apenas uma oval.

Conjunto de pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais o legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.

Duas ou mais pessoas que dependem umas das outras para apoio emocional, físico e económico.

Conjunto de pessoas de diferentes origens que se inter-relacionam e desempenham função essenciais e que podem variar estruturalmente conforme as normas culturais e sociais.

12. Quais os tipos de família que conhece? *

13. E qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família alargada? *

Marcar apenas uma oval.

- Grupo familiar que se estende além da família nuclear, incluindo avós, tios, primos e outros parentes, que vivem em proximidade e compartilham laços afetivos, sociais e de apoio mútuo.
- Sistema social que inclui não apenas os membros da família imediata, mas também uma rede de parentes que se envolvem ativamente nas vidas uns dos outros, que compartilham responsabilidades e desempenham papéis significativos no desenvolvimento individual e coletivo.
- Aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, mas também outros parentes, ou indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco

14. Refira quais são, na sua opinião, as características e especificidades inerentes às famílias alargadas.

15. Tem conhecimento do Programa Saúde da Família, disponível no SClínico-CSP? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

16. Costuma utilizá-lo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17. Se respondeu que sim à questão anterior, com que frequência? Em que 1 é com pouca frequência e 5 é com muita frequência.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Corr Com muita frequência

18. Se não, refira os seus motivos.

19. Quais as vantagens que considera ter esse registo?

Parte III - Autoperceção de competências e prática

20. Tendo por base a sua autoperceção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Tota Totalmente competente

21. Tendo por base a sua autoperceção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características e necessidades?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Tota Totalmente competente

ANEXO IV – PLANO DE FORMAÇÃO

Plano de Formação

TEMA:

FAMÍLIAS ALARGADAS: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

<p>OBJETIVOS GERAIS:</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Capacitar equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados às famílias alargadas, reconhecendo-as como alvo dos cuidados e unidade sistémica;▪ Otimizar a utilização dos sistemas de informação no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF).▪ Que a equipa multidisciplinar identifique os conceitos de família e família alargada;▪ Que a equipa multidisciplinar reconheça as características e especificidades inerentes às famílias alargadas;▪ Que a equipa multidisciplinar reconheça o MDAIF como modelo de avaliação e intervenção familiar;▪ Que a equipa multidisciplinar reconheça o processo familiar como área de atenção da avaliação e intervenção familiar;
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Que a equipa multidisciplinar identifique o SClínico-CSP e o PSF como ferramentas para a documentação da prestação de cuidados às famílias;▪ Que a equipa multidisciplinar desenvolva competências relacionadas com a utilização do SClínico-CSP e do PSF;▪ Que a equipa multidisciplinar desenvolva e reforce a sua perceção de competências na prestação de cuidados às famílias, nomeadamente às famílias alargadas, enquanto unidade de cuidados;▪ Que a equipa multidisciplinar mobilize e aplique as competências adquiridas na ação de formação na sua prática profissional.
<p>ATIVIDADE:</p>	<p>As alterações socioeconómicas atuais, como o aumento da longevidade, a transição epidemiológica associada ao aumento de doenças crónicas, e a evolução das dinâmicas familiares, bem como a presença significativa de famílias alargadas refletida na listagem de utentes da enfermeira cooperante, reflete uma complexidade estrutural e funcional que requer abordagens especializadas e integradas na prestação de cuidados. As famílias alargadas, caracterizadas pela coexistência de múltiplas gerações e diferentes estruturas, representam tanto desafios como oportunidades para a prática de Enfermagem, exigindo estratégias que promovam não só a saúde e bem-estar da família, como dos seus membros. A complexidade das suas interações e a necessidade de respostas adaptadas às suas especificidades revestem a abordagem de questões</p>

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

	<p>relacionadas com este tipo de famílias de uma maior relevância.</p> <p>Assim, a realização de uma formação intitulada "Famílias Alargadas: Avaliação e Intervenção Familiar", alicerçada na aplicação de referenciais teóricos, como o MDAIF, afigurar-se como altamente pertinente. Esta visa responder aos múltiplos fatores identificados no contexto clínico e às características demográficas da população em questão, capacitando a equipa multidisciplinar para uma atuação mais abrangente, contextualizada e eficaz, fomentando intervenções colaborativas e centradas nas famílias, com impacto direto na ampliação dos ganhos em saúde e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.</p>
DATA:	22 de novembro de 2024
LOCAL:	Sala de Formação da USF onde decorre o Estágio – Módulo II
DURAÇÃO ESTIMADA:	45 minutos
FORMADORA:	Bruna Mariana Alves
PÚBLICO-ALVO:	Equipa multidisciplinar.

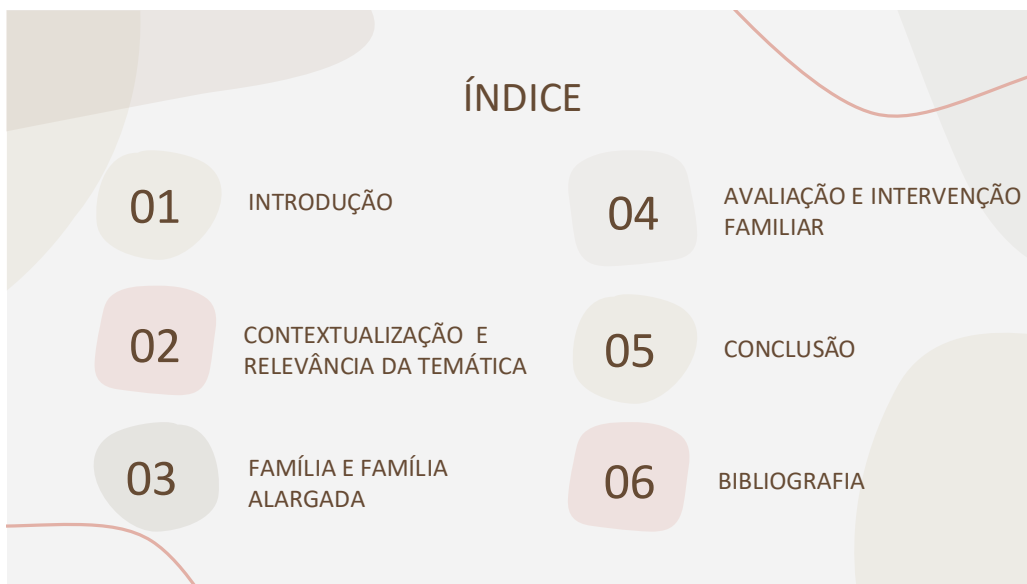
ATIVIDADES A REALIZAR

ATIVIDADE	OBJETIVO	PERÍODO	MÉTODOS
DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as necessidades formativas da equipa multidisciplinar no âmbito do MDAIF e da Avaliação e Intervenção Familiar, face às necessidades das famílias alargadas. 	<ul style="list-style-type: none"> De 14 a 21 de outubro de 2024 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um instrumento de colheita de dados; Aplicação do instrumento de colheita de dados.
PLANEAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a ação de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> De 22 de outubro a 21 de novembro de 2024 	<ul style="list-style-type: none"> Análise dos dados obtidos; Elaboração de um plano de ação de formação; Elaboração da apresentação; Elaboração da folha de registo de participantes.
REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a família como alvo dos cuidados e unidade sistémica; Dotar a equipa de competências para a prestação de cuidados às famílias alargadas; Identificar os conceitos de família e família alargada; Identificar as características e necessidades das famílias alargadas; Apresentar o MDAIF como modelo de avaliação e intervenção familiar; Reconhecer o processo familiar como área de atenção da avaliação e intervenção familiar; Reconhecer o SClínico-CSP e 	<ul style="list-style-type: none"> 22 de novembro de 2024 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da ação de formação;

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

	<p>o Programa Saúde da Família como ferramentas para a documentação da prestação de cuidados à família;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explanar a utilização do Programa Saúde da Família no SClínico; ▪ Capacitar a equipa multidisciplinar para a utilização do SClínico e do Programa Saúde da Família; ▪ Potenciar a auto percepção de competências na prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados; ▪ Potenciar a auto percepção de competências na prestação de cuidados às famílias alargadas; ▪ Mobilizar a aquisição de competências decorrentes da ação de formação para a prática. 	
<p>AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a percepção geral dos participantes acerca dos conteúdos formativos, da organização da ação de formação, bem como do desempenho da formadora; ▪ Recolher sugestões de melhoria; ▪ Identificar as competências adquiridas pelos participantes decorrentes da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 22 de novembro de 2024 ▪ Elaboração de um instrumento de colheita de dados; ▪ Aplicação do instrumento de colheita de dados; ▪ Análise dos dados obtidos.
<p>AVALIAÇÃO DE RESULTADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar a relação entre a participação dos formandos no processo formativo e as mudanças nos resultados organizacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Janeiro de 2025 ▪ Realização de auditoria relativamente à utilização do PSF no âmbito do SClínico-CSP.

ANEXO V – PROCESSO FORMATIVO



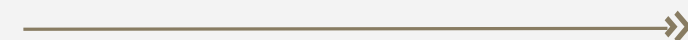
01. INTRODUÇÃO

MECESF
↓
EEEECSF

AVALIAÇÃO DE
NECESSIDADES

FAMÍLIAS
ALARGADAS

GANHOS EM
SAÚDE



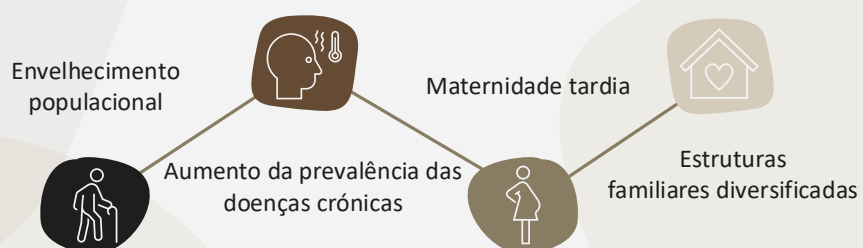
02. CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA



Dados relevantes da listagem da enfermeira cooperante:

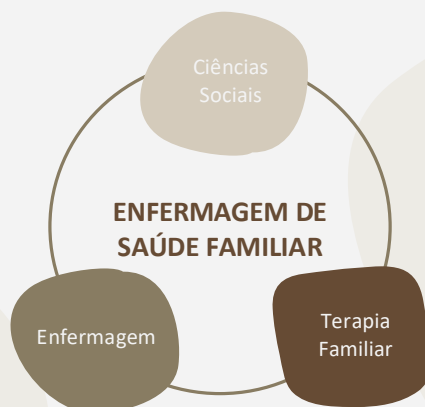
- 772 famílias → 1 757 utentes;
- 11,75% → famílias alargadas;
- 36,7% → classe média alta;
- 2 contactos → Programa Saúde da Família.

02. CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA



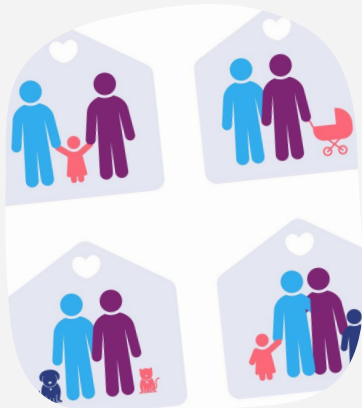
(Figueredo, 2012; Martins et al., 2019; Silva & Neves, 2013; Perez et al., 2019; Chen et al., 2017; Garcia-Vikare et al., 2019; Hartrus et al., 2020; Campbell, 2022; Monteiro-Guimã & Garcia-Vikar, 2019; Arturini, 2023)

02. CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA



(Hanson, 2005; Figueiredo, 2022)

03. FAMÍLIA E FAMÍLIA ALARGADA



FAMÍLIA

Unidade social ou conjunto de indivíduos unidos por laços de sangue, afinidade, vínculos emocionais ou relações legais.

FAMÍLIA ALARGADA

Aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, mas também outros parentes, ou indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco.

(DOL, 2019; Figueredo, 2012; Santiago & Figueredo, 2021; Martins et al., 2019; Baudin et al., 2023)

03. FAMÍLIA E FAMÍLIA ALARGADA

Transgeracionalidade

Multigeracionalidade



Intergeracionalidade

Laços e vínculos familiares

FAMÍLIA ALARGADA

(Chen et al., 2017; Martins et al., 2019; Santiago & Figueredo, 2021; Baudin et al., 2023; Hómtra & Ivanova, 2023; Machado et al., 2023; Araujo et al., 2023; Moreira et al., 2020; Viento & Sousa, 2005; Wang et al., 2023)

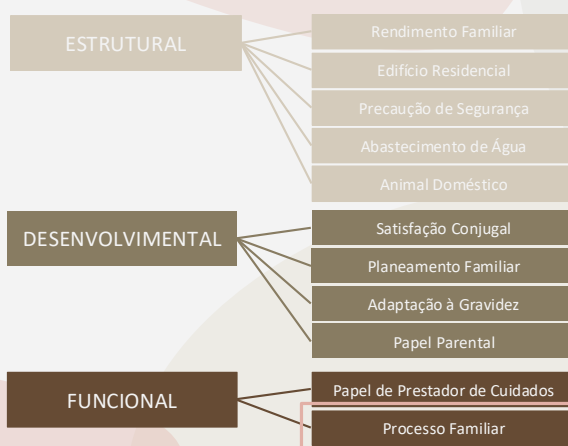
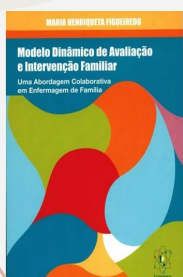
04. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



- Referencial teórico e operativo;
- Apresenta na sua base o **pensamento sistémico**, como referencial epistemológico, e o **Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF)** e o **Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF)**, como fontes teóricas;
- Integra múltiplos conceitos, pressupostos, princípios e definições. A sua **matriz operativa** é orientadora para a **prestação de cuidados e tomada de decisão**.

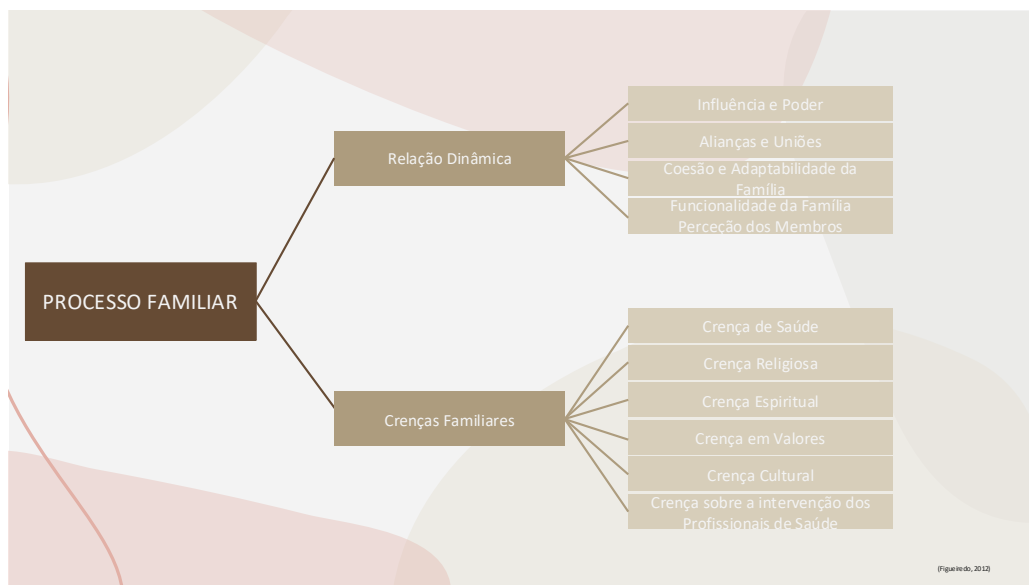
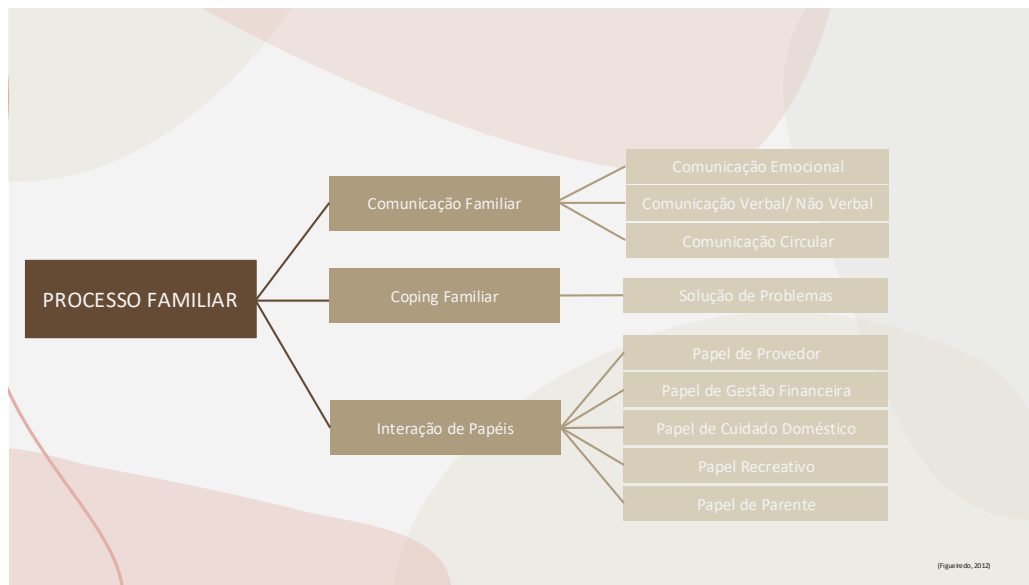
[Figueiredo, 2012]

04. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



[Figueiredo, 2012]

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar



REGISTO E MONITORIZAÇÃO

Programa Saúde da Família

- ✓ Continuidade de cuidados;
- ✓ Ganhos em saúde no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.



Autenticação

SCLINICO - Contacto Activo -

Nome: _____ Idade: _____ Nº utente: _____ Nº processo: _____

Nº contacto: _____ Local contacto: Unidade De Saúde Enfermeiro: _____

Proveniência: _____

Enfermeiro de Família: _____ Médico de Família: _____ Tipo: U Agendado:

Antecedentes Pessoais: _____ Vacinas: _____ Dt. Inoculação: _____

Violação Médica

SU	PF	SM	DM	HTA	RO
Vigado					Não Vigado

Notas associadas: _____

Programas de saúde associados: _____

Projectos associados: _____

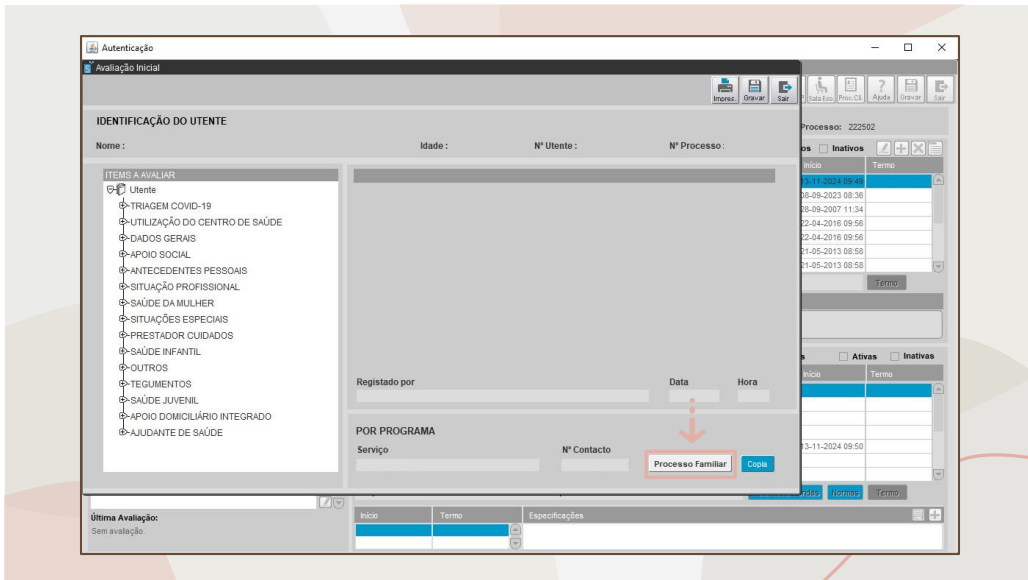
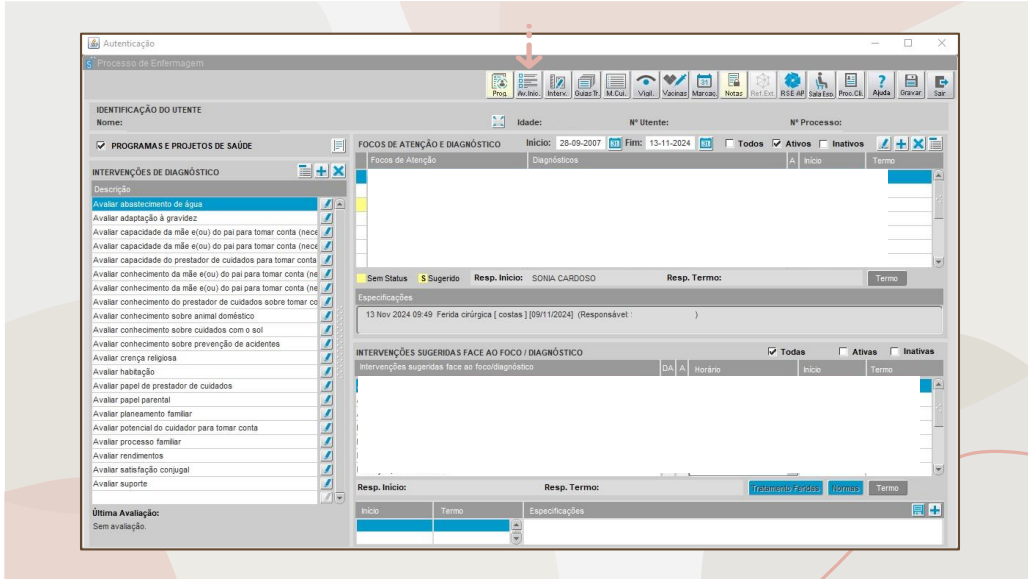
Equipa associada: _____

Diagnósticos de Enfermagem por Fenómeno: _____

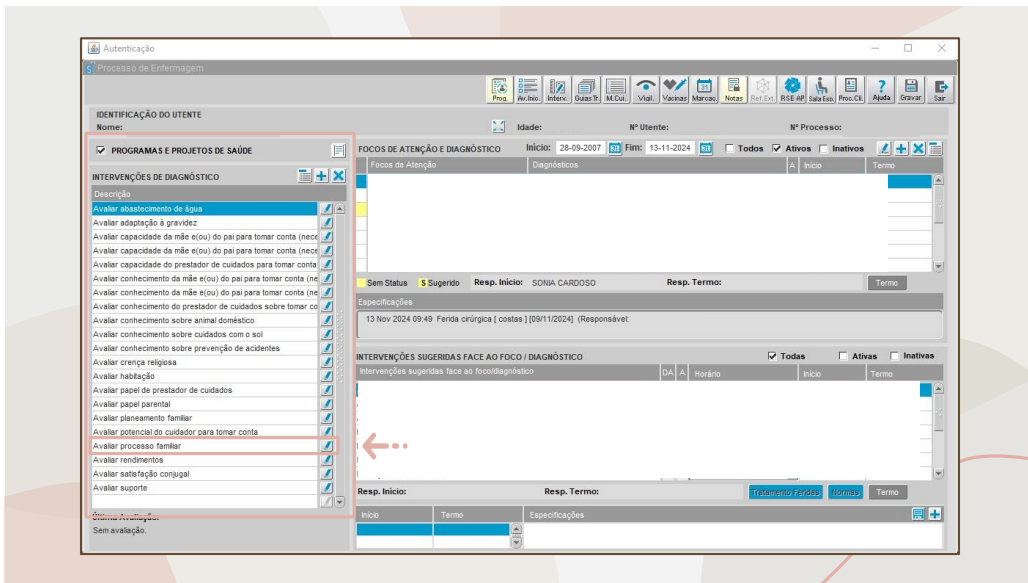
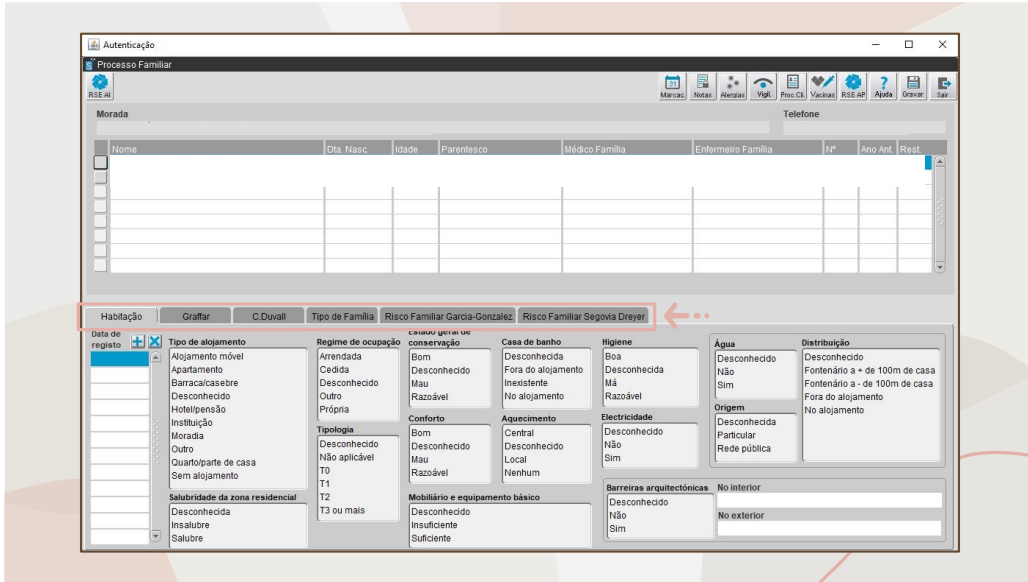
Intervenções a Realizar no Contacto: _____

Act D: _____

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar



Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar



Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Autenticação

Registro da escala processoFamiliar

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: processoFamiliar Idade: Nº Utente Nº Processo:

Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Processo familiar

ITEMS DO GRUPO

- * Adequado
 - não
 - sim
- Comunicação
 - não comprometida
 - comprometida
- Coping
 - não comprometido
 - comprometido
- Interação de papéis
 - não comprometida
 - comprometida
- Relação dinâmica
 - não comprometida
 - comprometida
- Contínuo
 - não
 - sim

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

05. CONCLUSÃO




- A abordagem **sistêmica** às famílias, reconhecendo-as como unidades **complexas e dinâmicas**, é essencial para a **prestação de cuidados**.
- Através da realização de **intervenções baseadas na evidência** e adaptadas às suas **especificidades**, é possível garantir não só a **continuidade de cuidados**, mas também o **bem-estar familiar**.

“

O **todo** é **maior** do que a **soma**
das **partes**, sendo,
simultaneamente, **diferente** da
soma das mesmas...

”

1 + 1 = ?

A small illustration in the bottom right corner of the slide shows two hands holding several interlocking puzzle pieces. The background of the slide features abstract, overlapping shapes in shades of beige and light brown.

**OBRIGADA PELA
ATENÇÃO!**

QUESTÕES?

06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S. M. G. (2023). As trocas intergeracionais no contexto da pandemia de Covid-19. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4. <https://doi.org/10.61415/riage.80>
- Araújo, M. I., Andrade, C., & Figueiredo, M. H. (2023). Famílias Alargadas. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 112–114). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Baudin, T., De Rock, B., & Gobbi, P. (2023). Economics and Family Structures. In *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.807>
- Campbell, J. (2022). Extended family. *Salem Press Encyclopedia, Research Starters*. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=4a394ed1-9076-3b7d-9ae3-f91bd55e2ba8>
- Chen, F., Bao, L., Shattuck, R. M., Borja, J. B., & Gultiano, S. (2017). Implications of Changes in Family Structure and Composition for the Psychological Well-Being of Filipino Women in Middle and Later Years. *Research on Aging*, 39(2), 275–299. <https://doi.org/10.1177/0164027515611181>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar*. LUSOCIÊNCIA.
- García-Vivar, C., Astedt-Kurki, P., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Imhof, L., Konradsen, H., Luttk, M. L. A., Mahrer-Imhof, R., Ostergaard, B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). Prioritizing Family Health of Older People in Europe: Current State and Future Directions of Family Nursing and Family-Focused Care. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 163–169. <https://doi.org/10.1177/1074840719852547>

06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. (2ª edição). Lusociência.
- Hantrais, L., Brannen, J., & Bennett, F. (2020). Family change, intergenerational relations and policy implications. *Contemporary Social Science*, 15(3), 275–290. <https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1519195>
- Hornstra, M., & Ivanova, K. (2023). Kinkeeping Across Families: The Central Role of Mothers and Stepmothers in the Facilitation of Adult Intergenerational Ties. *Sex Roles*, 88(7–8), 367–382. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01352-2>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Machado, D. M. R., Brás, M. A. M., Almeida, A. das D. L. de, & Vilela, A. C. L. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar - revisão narrativa. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n2.v1.2582>
- Martins, M., Sarmiento, T., & Alves, S. (2019). Família: ontem como hoje, permanente educadora. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 211–228. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.382>
- Montoro-Gurich, C., & Garcia-Vivar, C. (2019). The Family in Europe: Structure, Intergenerational Solidarity, and New Challenges to Family Health. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 170–189. <https://doi.org/10.1177/1074840719841404>
- Moreira, M. I., Figueiredo, M. H., & Andrade, C. (2020). O processo de transição da integração do recém-nascido na família alargada: confrontando diferentes perspetivas. *International Congress › Research Innovation & Development in Nursing 2019*, 347–355. <http://hdl.handle.net/10400.26/31490>

06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Perez, M. E., Quintanilla, C., Castaño, R., & Penaloza, L. (2019). Inverse socialization with technology: understanding intergenerational family dynamics. *Journal of Consumer Marketing*, 36(6), 818–826. <https://doi.org/10.1108/JCM-12-2017-2474>
- Santiago, C., & Figueiredo, M. H. (2023). Estrutura e Configurações Familiares. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 101–102). Lidel - Edições Técnicas, Lds.
- Silva, C. M., & Neves, B. S. de C. (2023). Modificações na Família Contemporânea: revisão do que é dito sobre família entre 2010 e 2019. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 13(1), 94–114. <https://doi.org/10.11606/rb6bka30>
- Vicente, H. T., & Sousa, L. (2010). Funções na família multigeracional: Contributo para a caracterização funcional do sistema familiar multigeracional. *Psychologica*, 53. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_8
- Wang, M., Fan, Y., Zhang, Q., Sun, Q., Wan, G., & Hong, J. S. (2023). Multigenerational care or parental care? Familial care types, social-emotional development and mediation of parent-child relationship of single-parent children in mainland China. *Child & Family Social Work*, 28(3), 833–845. <https://doi.org/10.1111/cfs.13008>

FAMÍLIAS ALARGADAS

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Autora: Bruna Mariana Alves

Orientadora: Profª Drª Maria Henriqueta Figueiredo | **Co-orientadora:** Mestre Leonor Ribeiro Pinto

Enfermeira Cooperante:

2024



ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO FORMATIVO

Avaliação do Processo Formativo

Tema: "Famílias Alargadas: Avaliação e Intervenção Familiar"

Formadora: Bruna Mariana Campos Alves

Por favor, avalie cada uma das seguintes questões numa escala de 1 a 5, onde 1 representa "Discordo Totalmente" e 5 representa "Concordo Totalmente".

* Indica uma pergunta obrigatória

Avaliação dos conteúdos programáticos e métodos utilizados

1. Os conteúdos programáticos abordados foram adequados às necessidades de formação d equipa multidisciplinar.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

2. Os temas abordados foram pertinentes e de fácil compreensão. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

3. Os métodos de exposição utilizados foram eficazes e adequados. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

4. Houve um bom equilíbrio entre a teoria e a prática durante a formação. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

Avaliação da organização da ação de formação

5. O horário da ação de formação foi adequado. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

6. A duração total da ação de formação foi adequada. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

7. Os recursos e materiais fornecidos e utilizados foram úteis. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

Famílias Alargadas - Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

8. O local onde decorreu a ação de formação foi apropriado. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

Avaliação da Formadora

9. A formadora demonstrou domínio dos conteúdos apresentados. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

10. A formadora promoveu ativamente a participação dos formandos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

11. A comunicação e clareza na exposição dos conteúdos pela formadora foram eficazes. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

12. A formadora fez uma gestão eficiente do tempo e atingiu os objetivos propostos para a formação.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

Avaliação global da ação de formação

13. A formação correspondeu às minhas expectativas. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

14. Considero que a formação teve impacto no meu desenvolvimento profissional. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

15. Recomendaria esta ação de formação a outros profissionais. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Disc Concordo totalmente

16. Avaliação global da ação de formação. *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

17. Comentários e sugestões (opcional).

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO PROCESSO FORMATIVO NO ÂMBITO DO CONHECIMENTO

Avaliação de resultados no âmbito do conhecimento

Tema: "Famílias Alargadas: Avaliação e Intervenção Familiar"

Formadora: Bruna Mariana Alves

O questionário tem como objetivo avaliar os resultados da ação de formação no âmbito do conhecimento.

As respostas serão tratadas de forma confidencial e os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para a avaliação da ação de formação.

O questionário é composto por 7 questões e o tempo estimado para o seu preenchimento é de cerca de 5 minutos.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família?

Marcar apenas uma oval.

- Conjunto de pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais o legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma da partes.
- Duas ou mais pessoas que dependem umas das outras para apoio emocional, físico e económico.
- Conjunto de pessoas de diferentes origens que se inter-relacionam e desempenham funções essenciais e que podem variar estruturalmente conforme as normas culturais e sociais.

2. Quais os tipos de família que conhece? *

3. **E qual é, para si, a frase que melhor define o conceito de família alargada? ***

Marcar apenas uma oval.

- Grupo familiar que se estende além da família nuclear, incluindo avós, tios, primos e outros parentes, que vivem em proximidade e compartilham laços afetivos, sociais e de apoio mútuo.
- Sistema social que inclui não apenas os membros da família imediata, mas também uma rede de parentes que se envolvem ativamente nas vidas uns dos outros, que compartilham responsabilidades e desempenham papéis significativos no desenvolvimento individual e coletivo
- Aquela que se constitui por três gerações da mesma família, podendo incluir não apenas os membros da família nuclear, mas também outros parentes, ou indivíduos ou núcleos familiares sem relação de parentesco

4. **Refira quais são, na sua opinião, as características e especificidades inerentes à família alargada.**

5. **Considera que a realização de registos informáticos, no SClínico-CSP, no âmbito do Programa Saúde da Família é importante? Porquê?**

Marcar apenas uma oval.

- Opção 1

6. **Tendo por base a sua auto-perceção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados?**

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Totale Totalmente competente

7. **Tendo por base a sua auto-percepção sobre o seu grau de competência - em que 1 corresponde a totalmente incompetente e 5 a totalmente competente - como classifica a sua prestação de cuidados às famílias alargadas tendo por base as suas características necessidades?**

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Tota 1 2 3 4 5 Totalmente competente

ANEXO VIII – 5º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DA ULS DE SANTO ANTÓNIO



Certifica-se que

Bruna Mariana Campos Alves


Participou no 5º Congresso de Enfermagem do ULSSA, que teve lugar no Hospital de Magalhães Lemos, EPE - Porto, nos dias 21 a 22 de março de 2024.

Pela Comissão Organizadora
Enf. Vitor Blasferis



Enfermeiro Diretor da ULS de Santo António
Enf. Eduardo Alves



 **santo antónio**

**5º congresso de enfermagem
ULS de Santo António**

**21 e 22
março 2024**
auditório
hospital magalhães lemos

Lesões Musculoesqueléticas em Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

Foi apresentado sob a forma de **Poster com apresentação**, no 5º Congresso de Enfermagem do ULSSA, que decorreu no Hospital Magalhães Lemos - EPE, nos dias 21 e 22 de março de 2024.

1º Autor: Daniela Brandão

Apresentador: Daniela Brandão

Co-Autores: Andreia Rodrigues; Bruna Mariana Alves; Jorge Pereira; Rúben Ferreira; Ana Isabel Vilar

Pela Comissão Organizadora
Ent: Vítor Bispo



Enfermeiro Diretor da ULS de Santo António
Ent: Eduardo Alves

ANEXO IX – COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA



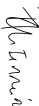
Comemoração do Dia Internacional da Família

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Bruna Alves apresentou a comunicação oral intitulada “Vivências da família monoparental face à entrada dos filhos na escola: Revisão Scoping, no evento “Comemoração do Dia da Família”, que decorreu no dia 18 de maio de 2024, com o total de 8 horas, cuja autoria é a seguinte: Andreia Rodrigues; Bruna Alves; Daniela Brandão; Joana Marinho Rocha; Joana Rocha e Maria Henriqueta Figueiredo.

Porto, 10 de julho de 2024

Pela Comissão Científica



Prof. Doutora Maria Manuela Ferreira