

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

Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a
Parentalidade - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio

Leonor Ribeiro Pinto

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM
FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Family Assessment and Intervention in Families
Transitioning to Parenthood - Specialized Clinical
Competencies Development Project in Family
Health Nursing

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Maria
Henriqueta Figueiredo e coorientado pela
Professora Doutora Maria José Peixoto

Leonor Ribeiro Pinto

Porto, 2023

“ (...) nós vamos a tecer vimes, arames e ferros, e também a recolher vontades, para que com tudo junto nos levantemos, que os homens são anjos nascidos sem asas, é o que há de mais bonito, nascer sem asas e fazê-las crescer.”

(in José Saramago, Memorial do Convento 56ªEd, 2014, p. 148)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, orientadora do presente trabalho, pelo exemplo e motivação, pela determinação, paixão, confiança, pelo conhecimento transmitido, disponibilidade, rigor e por todos os contributos absolutamente fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, coorientadora do presente trabalho, pela disponibilidade e amabilidade sempre demonstrada.

À Enfermeira Gestora Filomena Martins pela lucidez e orientação, pela empatia e exemplo de coragem, pela motivação e confiança.

Aos colegas do Centro Hospitalar Universitário de Santo António pelo carinho, apoio, compreensão, pela persistência e constante fortalecimento.

À equipa multiprofissional da USF que me acolheu neste percurso, que inclui a equipa de Enfermagem, equipa Médica e Secretárias Clínicas, pela colaboração, reforço positivo e disponibilidade demonstrada.

Aos colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar pelo exemplo enquanto profissionais, pela partilha e entreaajuda desde o primeiro dia.

Ao Filipe, em particular, pela amizade e caminho de apoio, partilha e crescimento conjunto, pelo exemplo, sentido de justiça e motivação.

À Marta Silva, pela caminhada profissional conjunta, pelos sonhos e palavras de amparo, pelo carinho, fortalecimento e pela motivação constante.

Às amigas de uma vida: Carolina, Leonor e Jéssica, pela amizade coesa, autêntica e verdadeira, pelo otimismo, apoio e motivação constantes.

Ao meu irmão, Daniel, e à sua companheira de vida, Mara, pelo reforço positivo, pelo apoio, amor incondicional e tolerância, por acreditarem.

À minha mãe e ao meu pai, pela saudação diária de otimismo e positividade, pelos valores transmitidos e educação, pelas raízes, pela confiança, compreensão e pelo amor absoluto.

À Mia, pela motivação em lhe servir de exemplo, pelo sorriso, pela memória de saudade, pelo abraço insubstituível e pela generosidade.

Àqueles que não puderam testemunhar a conclusão deste trabalho, mas que continuam a iluminar o meu caminho de crescimento pessoal e profissional, pela inspiração e sabedoria.

Por fim, ao Diogo, pelo amor diário traduzido em compreensão, carinho, palavras de conforto e abraços, dedicação e paciência.

Sou abençoada por vos ter do meu lado nesta jornada que é a vida.

CHAVE DE SIGLAS

ACSS, IP - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS, IP - Administração Regional de Saúde, IP

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DiOr - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional

DL – Decreto-Lei

ECESF – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EECESF – Especialidade de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

ICN - *International Council of Nurses*

IDG – Índice de Desempenho Global

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Plano de Acompanhamento Interno

PBE – Prática Baseada na Evidência

SI – Sistema de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SR – *Scoping Review*

UCs – Unidades Curriculares

UFs – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A família, enquanto unidade sistémica, é detentora de relações dinâmicas, complexas e contextuais alinhadas com as transições familiares que ocorrem ao longo do seu ciclo vital. A transição para a função parental é considerada como uma das mais desafiantes, pela possibilidade de aumentar a vulnerabilidade do funcionamento familiar.

No âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foram definidos objetivos no sentido de prestar cuidados a famílias em transição para a parentalidade, enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e promover a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. A par com os critérios definidos no Anexo II do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, importa que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar seja capaz de estabelecer uma relação com a família que promova o seu funcionamento, capacitando-a ao longo do ciclo vital e prevenindo a doença dos seus membros. O desenvolvimento das atividades no âmbito da prestação de cuidados foi norteador pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, cuja matriz detém uma configuração dinâmica, flexível e interativa. Possui o pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família.

Considerando o processo de Enfermagem, foram desenvolvidas consultas neste âmbito a quatro famílias em transição para a parentalidade que permitiram a avaliação e a intervenção familiar. As intervenções realizadas fomentaram ganhos em saúde nestas famílias a partir da capacitação para a mobilização das suas forças face às exigências decorrentes das transições inerentes ao seu ciclo vital. No âmbito dos processos de intervenção que visaram a gestão, articulação e mobilização de recursos para a prestação de cuidados, salienta-se o contributo para a promoção de uma cultura organizacional, sustentada na formação, prática e investigação. A reflexão sobre as atividades desenvolvidas permitiu enfatizar a relação entre o desenvolvimento das competências, comuns e específicas, e a atual evidência científica que, ao ser mobilizada de forma sistemática, sobressai na prestação de cuidados à família enquanto unidade traduzindo resultados quer no funcionamento do sistema familiar quer na saúde dos seus membros.

Palavras-Chave: Enfermagem Familiar, Saúde da Família, Parentalidade, Cuidados de Saúde Primários

ABSTRACT

Family, as a systemic unit, involves dynamic, complex, and contextually aligned relationships related to family transitions that occur throughout its life cycle. The transition to the parental role is considered one of the most challenging, with the potential to increase the vulnerability of family functioning.

Within the Curricular Units of Professional Nature Internship with Report - Module I and Professional Nature Internship with Report - Module II of the Master's Degree Course in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at Escola Superior de Enfermagem do Porto, objectives were defined to provide care to families transitioning into parenthood, both as a care unit and for family members, throughout the life cycle and at different levels of prevention. Additionally, the objectives aimed to promote leadership and collaboration in intervention processes within the scope of Family Health Nursing. In accordance with the criteria outlined in Annex II of Regulation No. 428/2018 of the Order of Nurses, it is essential for the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing to establish a relationship with the family that promotes its functioning, empowers it throughout the life cycle and prevents illness in its members.

The development of care provision activities was guided by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. This model is characterized by its dynamic, flexible, and interactive configuration and embraces systemic thinking as an epistemological framework. It draws theoretical foundations from the Calgary Family Assessment Model and the Calgary Family Intervention Model.

In the context of the nursing process, consultations were conducted with four families transitioning into parenthood. These consultations allowed for family assessment and intervention. The interventions conducted empowered these families mobilize their strengths in response to the demands inherent in their life cycle transitions, resulting in health improvements. Within the realm of intervention processes aimed at managing, coordinating, and mobilizing resources for care provision, a notable contribution was made towards promoting an organizational culture grounded in education, practice and research. Reflecting on the activities carried out highlighted the relationship between the development of both common and specific competencies and the current scientific evidence, which, when systematically applied, manifested in the provision of family care, leading to positive outcomes in both family system functioning and the health of its members.

Keywords: Family Nursing, Family Health, Parenting, Primary Health Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	27
1.1. Descrição do Contexto da Prática.....	27
1.2. Caracterização das famílias	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2.1. A Família e a evolução da Enfermagem de Saúde Familiar	35
2.2. A Família em Transição para a Parentalidade	41
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	49
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	49
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	100
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	113
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS.....	133
ANEXO I – Matriz Operativa do MDAIF: Versão Reduzida	
ANEXO II – Diagnóstico das Necessidades de Formação Profissional	
ANEXO III – Plano de Formação Interna	
ANEXO IV – Apresentação da Formação em Serviço “Avaliação e Intervenção em Famílias em Transição para a Parentalidade”	
ANEXO V – Participantes: Folha de Assinaturas	

ANEXO VI - Calculadora de Consultas às Famílias com Mulher Grávida

ANEXO VII – Questionário de Avaliação da Ação de Formação

ANEXO VIII – Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade:
Protocolo de Scoping Review

ANEXO IX – Certificado de Participação: “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º
Webinar: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família”

ANEXO X – Certificado de Participação no XV Encontro do Dia Internacional da Família:
Famílias e Mudanças Demográficas

ANEXO XI - Certificado de Apresentação do Póster “Intervenção Familiar em Famílias
em Transição para a Parentalidade: Protocolo de Scoping Review" no XV Encontro do
Dia Internacional da Família: Famílias e Mudanças Demográficas

ANEXO XII – Certificado de Participação: Nursid Spring School 2023

ANEXO XIII – Declaração de Orador no Painel “Transições Acidentais nas Famílias -
Avaliação e Intervenção Familiar” do Nursid Spring School 2023

ANEXO XIV - Declaração de Orador no Painel “Comunicação e Marketing em
Enfermagem de Saúde Familiar” do Nursid Spring School 2023

ANEXO XV - Declaração de Orador no Painel “Sustentabilidade na Saúde: Tendências
e Desafios Na Família” do XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e
Mudanças Demográfica

ANEXO XVI - Declaração de Participação na Comissão Organizadora do Seminário de
Enfermagem Comunitária, da Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Integrado no
Nursid Spring School 2023

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.....	96
GRÁFICO 2: Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.....	97
GRÁFICO 3: Subconjunto de diagnósticos no âmbito da Adaptação à Gravidez Não Adequada por número total de famílias	97
GRÁFICO 4: Intervenções realizadas no âmbito da Adaptação à Gravidez por número total de famílias	98
GRÁFICO 5: Tipos de atividades que concretizaram as intervenções por número total de famílias	99
GRÁFICO 6: Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar por número de famílias	99

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF e distribuição das inscrições nos CSP.	29
FIGURA 2: Genograma da Família 1 e respetiva legenda de símbolos	56
FIGURA 3: Genograma da Família 2 e respetiva legenda de símbolos	67
FIGURA 4: Genograma da Família 3 e respetiva legenda de símbolos	76
FIGURA 5: Genograma da Família 4 e respetiva legenda de símbolos	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação.....	57
QUADRO 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação.....	68
QUADRO 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 3, por dimensões de avaliação.....	77
QUADRO 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 4, por dimensões de avaliação.....	87

INTRODUÇÃO

A expansão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), propostas pelo ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), visou a concretização do presente relato escrito com o intuito de apresentar e descrever as atividades desenvolvidas durante a concretização das unidades curriculares (UCs) Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, que decorreu de 21 de novembro de 2022 a 2 de fevereiro de 2023 e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, que decorreu de 6 de fevereiro a 30 de junho de 2023. Ambas as UCs foram desenvolvidas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) a norte de Portugal.

A democratização de Portugal após a revolução de 1974 bem como a Primeira Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde sobre a Promoção da Saúde em 1978 intensificaram aquele que seria o percurso que daria lugar a um sistema de cuidados de saúde português. Desta conferência, resultou a Declaração de Alma-Ata que não só definiu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como também os caracterizou (Crisp et al., 2014). Um ano mais tarde, com a Lei nº 56/79, de 15 de setembro, criou-se em Portugal o Serviço Nacional de Saúde (SNS), caracterizado por ser uma rede de cuidados integrados de saúde que defende a universalidade, a globalidade e a gratuidade (Crisp et al., 2014).

No ano de 1990, a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, aprovou a Lei de Bases da Saúde que, pela primeira vez, perspetivou a proteção da saúde como um direito e responsabilidade dos cidadãos, da sociedade e do próprio estado (Moreira, 2012), sendo prosseguida pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP) dentro do Ministério da Saúde (Crisp et al., 2014). Mais tarde, associado às inúmeras transformações ocorridas no setor da saúde, a Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, veio revogar a anterior lei e o Decreto-Lei (DL) nº 185/2002, de 20 de agosto, trazendo mudanças concretas no Estatuto do SNS. A nova Lei de Bases da Saúde assume, assim, o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários intervenientes do sistema de saúde, revigorando a centralidade do SNS (Assembleia da República, 2019).

Os CSP, em particular, constituíram-se e constituem-se como um dos alicerces do SNS já que assumem importantes funções no que respeita à promoção da saúde e prevenção da doença, oferecendo um acompanhamento de qualidade e proximidade à população (Ministério da Saúde, 2017). Com a sua reforma, que vigora até aos dias de hoje, e posteriormente com a implementação das USF, o impacto da família na sociedade veio gradualmente a ser distinguido. O DL nº 298/2007, de 22 de agosto, definiu as USF como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde às famílias e seus membros, detendo equipas multidisciplinares que englobam enfermeiros, médicos e pessoal administrativo (Ministério da Saúde, 2007a). Com o objetivo de introduzir alterações ao regime das USF, o DL nº 73/2017, de 21 de junho, trouxe a primeira mudança ao DL nº 298/2007 e visou a clarificação das condições e dos critérios de atribuição e pagamento dos incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos. Ficou ainda claro, pelo seu Artigo 7.º, que os enfermeiros que constituem estas unidades têm de deter o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2017).

Neste âmbito, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) encontrou o seu contexto e surgiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da Enfermagem Comunitária. Em 2014, com o DL nº 149/2014, de 5 de agosto, foi enfatizada a importância da figura do enfermeiro de família e os contributos prestados pelos mesmos na promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito dos CSP, estabelecendo os seus princípios e o enquadramento da sua atividade no âmbito das USF e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

Na tentativa de garantir uma melhor gestão dos cuidados de saúde bem como o melhor acesso dos cidadãos aos mesmos, o Governo criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Estes agrupam várias unidades funcionais (UFs) que integram um ou mais centros de saúde e que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população tendo em conta a área geográfica, detendo autonomia administrativa (Ministério da Saúde, 2008).

O novo Estatuto do SNS, aprovado pelo DL nº 52/2022, introduz ainda uma inovação ao prever a criação de uma Direção Executiva do SNS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro (Presidência do Conselho de Ministros, 2022b). O intuito da criação desta entidade passou pelo compromisso de coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, bem como as que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, assegurando o seu funcionamento em rede. Distingue-se da função do Ministério da Saúde, ao qual compete a condução da política nacional de saúde e responsabilidades específicas relativas ao SNS; da função da Administração Central do Sistema

de Saúde, IP (ACSS, IP), cuja missão passa pelo planeamento e gestão de recursos financeiros, planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos; e da função das ARS, IP, cuja missão deixa de incluir a prestação de cuidados focando-se no planeamento regional dos recursos promovendo a coesão territorial (Presidência do Conselho de Ministros, 2022a).

Fruto da necessidade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, a Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2011, emitiu o primeiro Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Mais tarde, em 2018, foi publicado o perfil de competências específicas do EEECESF que, em continuidade, mantém o foco na família enquanto alvo dos cuidados e na complexidade das interações familiares, visando fortalecer aqueles que são os projetos familiares num contexto de unicidade e capacitando a família a mobilizar os seus recursos internos e externos com vista à manutenção da saúde dos seus membros e à sua autonomia (Figueiredo, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A família, enquanto unidade sistémica, de transformação e com capacidade auto-organizativa, é representada como sendo uma organização de relações dinâmicas, complexas e contextuais em constante interação com o meio (Figueiredo, 2012). A definição do seu conceito varia para cada indivíduo e tem evoluído no decorrer do tempo, considerando diferentes disciplinas: se por um lado e do ponto de vista legal a família inclui indivíduos com laços de sangue, casamento, tutela ou adoção, biologicamente é considerada como sendo um conjunto de indivíduos que partilham uma ligação genética; se do ponto de vista sociológico consideram a família como um grupo de pessoas com ou sem laços legais ou biológicos, na perspetiva psicológica a família traduz laços afetivos (Kaakinen et al., 2018).

Como tal, a saúde familiar integra, inevitavelmente, a saúde de cada um dos seus membros para além dos aspetos do funcionamento familiar. A maximização do potencial de saúde familiar torna-se, assim, a chave para a promoção de estratégias que tenham em vista a funcionalidade da família enquanto unidade, “mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais” (Figueiredo, 2012, p. 68), dando igualmente resposta às necessidades de cada um dos seus membros individualmente.

À sequência previsível de mudanças na organização da família decorrentes do cumprimento de tarefas bem definidas, Relvas (2000) dá o nome de ciclo vital da família. Estas mudanças, onde os novos contextos dão lugar a novos padrões familiares, são caracterizadas como sendo

transições do tipo normativas já que, no caso específico da parentalidade, estão diretamente relacionadas com o ciclo vital da família (Hanson, 2005; Figueiredo, 2009).

A Parentalidade, definida pelo *International Council of Nurses* (ICN) (2023) como sendo um processo intencional de “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; (...) interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”, integra aquelas que são as expectativas da família, a par com a definição de Adaptação à Parentalidade, sem relevar, contudo, aquela que é a dimensão ou o impacto da família neste processo. Figueiredo (2012) sugere que a adaptação à gravidez cruza com as atitudes interacionais da família e que se traduzem em comportamentos de ajuste a essa mesma gravidez, tendo em consideração as expectativas construídas a partir do modelo parental em definição de cada um dos membros. Costa (2013) revela que o apoio na parentalidade é imprescindível nos primeiros meses de vida do novo filho, exigindo uma abordagem orientada às potencialidades da família e seus membros, implicando um desafio para o enfermeiro que trabalha com estas famílias.

Tendo em consideração a complexa pertinência daquela que é a abordagem à família no contexto dos CSP, surgiu a motivação para frequentar o MECESF. As atividades desenvolvidas nas UCs permitiram a aplicação de conhecimentos específicos e o aprofundamento de competências clínicas de abordagem sistémica, intrínsecas à ESF, que promovem a capacitação das famílias em processo de transição para a parentalidade, considerando o ciclo vital da família e as suas singularidades, no sentido de potenciar aquelas que são as suas forças e recursos, obtendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem específicos da ESF.

Assim, com o presente Relatório intitulado “Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar” prende-se considerar aquela que é a transição familiar sem esquecer a singularidade de cada um dos seus membros no processo de adaptação ao novo papel familiar. Este Relatório visa a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas durante a realização das UCs, acompanhada por uma reflexão e interpretação do seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF), suportada pelo pensamento teórico de Enfermagem.

Esteve pressuposta a concretização de dois objetivos gerais no desenrolar das UCs, que passaram por:

- Desenvolver competências para cuidar a família enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Desenvolver competências que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da ESF.

No sentido de dar resposta a estas conjecturas será caracterizado o contexto clínico onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, seguindo-se um enquadramento teórico no sentido de fundamentar e justificar as necessidades percebidas. Posteriormente serão explanadas as atividades do contexto clínico e será descrita uma autorreflexão acerca daqueles que foram os contributos de toda a prática para o desenvolvimento de competências especializadas. O presente Relatório terminará com uma conclusão com o intuito de sintetizar as ideias e os dados apresentados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Pretende-se, no presente capítulo, analisar e descrever o contexto da prática clínica especializada que deu lugar ao percurso de aprendizagem efetuado no decorrer das UCs Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, com o intuito de promover o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF.

Competência pode ser entendida como sendo a utilização de um conjunto articulado de saberes (saber-conhecer, saber-fazer, saber-conviver e saber-ser) para resolver uma determinada situação. Para construir esta competência, será necessária a identificação destes saberes a partir da prática profissional (Delors et al., 2003; Leonello et al., 2018). A efetivação de um estágio supervisionado contribui para a formação do profissional de Enfermagem, oferecendo a possibilidade de refletir acerca da prática próxima das famílias, compreendendo a mesma numa perspetiva não efetuada através da exploração da teoria. O estudante passa a deter um olhar crítico por meio do conhecimento previamente obtido, traçando estratégias de atuação no sentido de promover ganhos em saúde para as famílias (Pascoal & Souza, 2021).

Será também no presente capítulo que se realizará a caracterização de uma amostra de 60 famílias fruto de uma amostragem probabilística do tipo aleatória simples (Fletcher, 2021), descrevendo a colheita de dados e a análise dos mesmos.

1.1. Descrição do Contexto da Prática

Os CSP assumem, de forma indubitável, um papel de liderança que é reforçada pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade (Ministério da Saúde, 2007b).

As USF, em particular, configuram um modelo organizacional leve e flexível contrapondo-se às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical. As funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo, sendo que todos os modelos organizativos detêm um compromisso assistencial nuclear – Carteira Básica de Serviços. Este compromisso explana o que deve obrigatoriamente ser contratualizado no que respeita à Enfermagem e à Medicina Geral e Familiar, nomeadamente um núcleo base de serviços clínicos que englobam a vigilância, a promoção da saúde e a prevenção da doença. Considerando a importância do desenvolvimento profissional contínuo para o sucesso e manutenção da qualidade dos serviços prestados às famílias, torna-se imprescindível que as USF detenham, igualmente, espaço para a formação contínua dos seus profissionais (Ministério da Saúde, 2007b).

A USF que deu lugar ao desenvolvimento dos Módulo I e Módulo II do Estágio de Natureza Profissional é considerada, tal como proposto no DL nº 298/2007, Artigo 3º (Ministério da Saúde, 2007a), uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, quer individuais, quer familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, articulando-se com outras UFs do respetivo ACeS. Detém um modelo organizacional do tipo A que corresponde, segundo a ACSS, IP (2022), a um período de desenvolvimento da prática da contratualização interna.

Entre a USF e os ACeS são contratualizados doze indicadores comuns a todas as USF, sendo definidos a cada três anos pela ACSS, IP e que passam pela análise de áreas como o acesso, o desempenho assistencial, a satisfação dos clientes e eficiência, o Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários a nível Nacional; quatro indicadores são selecionados pela ARS, IP, a cada três anos e igualmente comuns a todas as USF, em termos de acesso e/ ou desempenho assistencial; dois indicadores são selecionados pelos ACeS, a cada três anos e específicos de cada USF, no que respeita a acesso e/ ou desempenho assistencial; por último, quatro são indicadores propostos por cada USF para o triénio, relacionados com acesso e/ ou desempenho assistencial (Ministérios das Finanças e da Saúde, 2013).

A USF em questão menciona como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados aos cidadãos inscritos, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde e propõem-se a exercer cooperação multiprofissional, assegurando a equidade dos cuidados. A sua visão prevê o atingimento de padrões de qualidade nos cuidados prestados através de uma gestão partilhada pela totalidade da equipa, assim como melhorar a acessibilidade de modo a obter a satisfação dos clientes e do grupo multidisciplinar

que para eles trabalha, sustentando-se em valores como o respeito mútuo, a honestidade, o rigor e a partilha de conhecimento (Ministério da Saúde, 2022).

De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP do SNS a 10 de janeiro de 2023, dentro da sua área de influência esta USF dá resposta a 8348 cidadãos inscritos, estando a sua população inscrita representada na seguinte Pirâmide Etária (Figura 1):

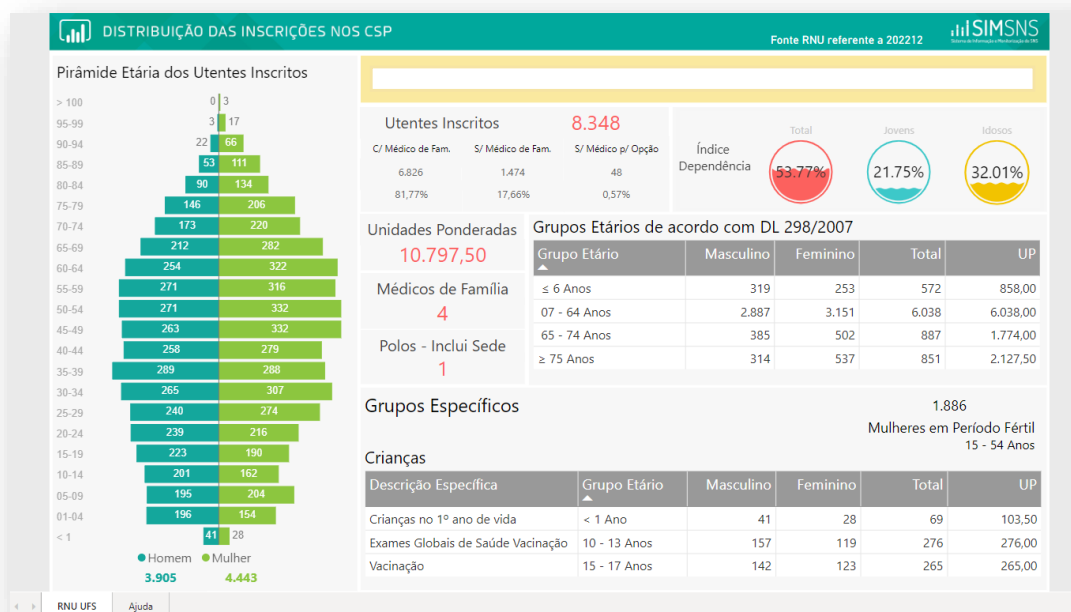


FIGURA 1: Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF e distribuição das inscrições nos CSP.

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Data da verificação: 10 de janeiro de 2023, com dados referentes a dezembro de 2022

A Pirâmide Etária da USF é caracterizada por apresentar uma base retraída, acentuada abaixo de um ano, com um alargamento do centro médio e superior e uma retração no topo. Podemos observar que a base da pirâmide é mais retraída face ao centro, podendo indicar que a taxa de natalidade está em declínio, análise idêntica àquela que é apresentada na pirâmide nacional. Em idades entre os 1 e os 10 anos, a pirâmide dá conta de um alargamento significativo comparativamente com pirâmide nacional. A população adulta tende a diminuir conforme a idade aumenta e no que respeita à população idosa é possível dizer que a expectativa de vida pode estar em declínio. Quando explorado o índice de dependência, é possível perceber que o da USF (52,77%) é ligeiramente inferior ao nacional (56,31%), estando acima no que respeita aos jovens dependentes (21,75%) face ao nacional (19,75%). Estamos perante a não ocorrência de assimetrias marcadas ao nível do género, contudo é notório o predomínio do sexo feminino.

No que respeita às famílias inscritas fora da área de influência, a equipa assume o compromisso que consta na carteira básica de serviços, sendo que a prestação de cuidados domiciliários a estas famílias será solucionada por articulação com as Unidades de Saúde da área de residência das mesmas (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

A USF oferece acesso a consultas de Enfermagem e Medicina, programadas em 5 dias úteis, a consulta domiciliária programada em 24h e/ou de acordo com critérios clínicos, à renovação de medicação crónica em 72h e, na ausência do seu médico ou enfermeiro de família, garante resposta nas situações de doença aguda, na primeira consulta de vida da criança, na primeira e última consulta de gravidez, na anticonceção de emergência e na consulta que prevê a Interrupção Voluntária da Gravidez (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

Face à vigilância efetuada em particular na mulher grávida, existe um protocolo de articulação entre a USF e o Centro Hospitalar da área abrangida, sob o qual as mulheres grávidas são referenciadas para a realização do rastreio imagiológico, analítico e clínico (Unidade de Saúde Familiar, 2022). A otimização dos resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir mais longe quando enquadrada como um evento familiar, num alargado conjunto de intervenções familiares sistémicas no âmbito do “conhecimento”, “comunicação” e “comportamentos de adesão” (Figueiredo, 2012) e que devem iniciar na consulta pré concecional até à consulta de puerpério (Dowswell et al., 2015).

A consulta aberta/intersubstituição de Enfermagem destina-se ao atendimento de situações urgentes ou perçecionadas pelo cliente como sendo inadiáveis, pelo enfermeiro de família ou outro enfermeiro de família com disponibilidade de agendamento, nos dias úteis em horário definido. Cada enfermeiro tem pelo menos um período diário disponível para consulta aberta, podendo ser agendadas de quinze em quinze minutos. O tempo máximo de espera previsto entre a hora agendada e a de início de consulta é de vinte minutos. O cidadão pode solicitar este tipo de consulta por telefone ou presencialmente, durante o período de funcionamento da USF. O cidadão é consultado no próprio dia e obtém a informação sobre a hora prevista de atendimento, sendo que será atendido, preferencialmente, pelo seu enfermeiro de família (Unidade de Saúde Familiar, 2022). A USF oferece um período de funcionamento e cobertura assistencial das 8:00H às 20:00H, nos dias úteis, tal como o previsto no DL nº 298/2007, Artigo 10º (Ministério da Saúde, 2007a) e revogado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho (Ministério da Saúde, 2017). A reunião de serviço acontece às terças-feiras, das 13:00H às 15:00H (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

Os órgãos da USF estão divididos pela Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral e deles fazem parte cinco médicos com a Especialidade de Medicina Geral e Familiar, cinco enfermeiros (dois enfermeiros de cuidados gerais, uma enfermeira com especialidade em ECESF bem como de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) e cinco Secretários Clínicos (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

Foi precisamente nesta conjuntura que foi concebida a possibilidade de desenvolver e dar resposta aos objetivos expostos no Guia Orientador de Estágio.

1.2. Caracterização das famílias

De um total de 790 famílias atribuídas à enfermeira tutora, e considerando uma amostragem probabilística do tipo aleatória simples (Fletcher, 2021), foram caracterizadas 60 famílias, constituídas por um total de 158 cidadãos.

Num primeiro momento, foi feita uma colheita de dados através de entrevistas semiestruturadas (Manzini, 2004) à totalidade dos elementos tendo em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, nível de dependência e antecedentes pessoais relevantes dos membros da família, tipo de família, os subsistemas familiares presentes, a etapa do ciclo vital no caso de famílias nucleares, a classe social e o processo de transição familiar que estariam a vivenciar.

Posteriormente procedeu-se à análise dos dados colhidos. A média de idades foi de 44,5 anos, com idade mínima de 1 mês e idade máxima de 94 anos, existindo um desvio padrão de 26. Detinham 49% dos membros das famílias pertencentes ao sexo feminino e 51% ao sexo masculino. O tipo de família nuclear abrangeu 34% das famílias, seguindo-se o tipo de família monoparental com 30%, unipessoal com 18%, família do tipo alargada com 11%, outros tipos de família (detendo apenas o subsistema fraternal) com 2%, casal com 3% e, por fim, família do tipo reconstruída com 2% do total de famílias. No que respeita aos subsistemas familiares, famílias com mais do que um subsistema resultaram em 34%, os subsistemas conjugal e parental faziam parte de 23% das famílias e 2% das famílias partilhavam apenas o subsistema fraternal. Em 18%

das famílias não se aplicava a denominação de subsistema pois faziam parte de famílias unipessoais. No que diz respeito à etapa do ciclo vital, 66% das famílias não eram famílias nucleares. No entanto, 30% (da percentagem de famílias nucleares) estavam na etapa família com filhos adultos, seguindo-se de famílias com filhos adolescentes com aproximadamente 3% e, por último, famílias com filhos na escola com 2%. No que se refere à classe social foi possível identificar que 47% das famílias pertenciam a uma classe média-baixa, seguindo-se a classe baixa em 25% das famílias, a classe média em 17% das famílias, a classe alta em 8% e, por último, a classe média-alta em 3% das famílias.

Foi igualmente identificada a percentagem de famílias com pelo menos um elemento idoso. Estas eram 52% do total das famílias, sendo que 13% destas detinham pelo menos um elemento idoso dependente (50% com dependência moderada e 50% com dependência grave). Do total de famílias com pelo menos um elemento idoso, 75% eram do sexo feminino e 25% eram do sexo masculino. Os tipos de famílias que continham pelo menos um elemento idoso, 50% eram do tipo nuclear, 25% eram do tipo monoparental e 25% pertenciam a uma família do tipo alargada. Quanto aos subsistemas presentes, o conjugal estava presente em 50% das famílias e o parental em 25%. Também em 25% das famílias existiam conjuntos de dois ou mais subsistemas. No que respeita à etapa do ciclo vital, 50% das famílias pertenciam à etapa família com filhos adultos e em 50% não se aplicava a etapa do ciclo vital. No que respeita à classe social, 100% destas famílias pertenciam a uma classe média-baixa.

Considerando os dados relativos aos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) modificáveis presentes nos membros das famílias, 80% das famílias detinham pelo menos um elemento com FRCV modificável, correspondendo a 93 indivíduos. No que diz respeito ao sexo, 53% destes eram do sexo masculino, sendo que 67% tinham menos de 65 anos e 33% tinham idade igual ou superior a 65 anos. No sexo feminino, os FRCV modificáveis correspondiam a 47% dos elementos, sendo que destes 46% tinham idade inferior a 65 anos e 54% tinham idade igual ou superior a 65 anos. Quando analisado o tipo de família a que pertenciam estes indivíduos, 40% pertenciam a uma família do tipo nuclear e 23% aos tipos de família monoparental ou unipessoal. Em 10% dos casos, pertenciam a uma família do tipo alargada e em 2% pertenciam a famílias do tipo casal ou reconstruída. No que diz respeito aos subsistemas familiares, 31% das famílias detinham mais do que um subsistema, seguindo-se a presença do subsistema conjugal em 27% das famílias e em 19% o subsistema parental. Em 23% das famílias não se consideravam subsistemas. Face à etapa do ciclo vital, em 58% das famílias não se aplicava a utilização da etapa

do ciclo vital, 36% estavam na etapa de família com filhos adultos, 4% na etapa família com filhos adolescentes e 2% na etapa família com filhos na escola. No que se refere à classe social, 52% das famílias pertenciam a uma classe média-baixa, seguindo-se a classe baixa com 25%, a classe média com 17%, a classe alta com 4% e média-alta com 2%.

No que se refere a famílias com membros portadores de patologia depressiva, verificou-se que 35% das famílias detinham pelo menos um elemento com patologia depressiva, sendo que 19% eram do sexo masculino. Destes, 75% tinham menos de 65 anos e 25% tinham idades iguais ou superior a 65 anos. Quanto ao sexo feminino, este apresentava-se em 81% dos indivíduos, sendo que 59% tinham menos de 65 anos e 41% tinham idade igual ou superior a 65 anos. No que se refere ao tipo de família, 45% eram famílias do tipo nuclear, 20% pertenciam a um tipo de família monoparental ou alargada e 15% pertenciam a uma família do tipo unipessoal. Quanto aos subsistemas familiares, em 50% existia um conjunto de dois ou mais subsistemas, em 20% detinham o subsistema conjugal e 15% das famílias detinham o subsistema parental. Em 15% não se aplicava nenhum tipo de subsistema. No que diz respeito à etapa do ciclo vital, em 55% não se aplicava, 40% eram famílias com filhos adultos e 5% famílias com filhos na escola. Por fim, 50% pertenciam a uma classe média-baixa, 25% a uma classe baixa, 20% a uma classe média e 5% a uma classe alta.

Tendo em conta o número de famílias com pelo menos uma mulher em idade fértil, 60% do total de famílias detinham-na sendo que, destas, 19% correspondiam a famílias com pelo menos uma mulher grávida. De antecedentes pessoais relevantes tendo em conta as mulheres grávidas, 28% apresentavam como antecedentes pessoais excesso de peso e 14% apresentavam ou diabetes gestacional ou eram fumadoras. Do total de famílias com pelo menos uma mulher grávida, 71% pertenciam a uma família do tipo alargada e 29% a uma família do tipo monoparental. Quanto aos subsistemas presentes, 57% das famílias tinham dois ou mais subsistemas presentes (parental/ fraternal, conjugal/ parental/ fraternal) e 43% tinham presente apenas o subsistema parental. Em 100% dos casos não foi possível aplicar a etapa do ciclo vital. No que diz respeito à classe social, 58% das mulheres grávidas pertenciam a famílias com uma classe social média-baixa e 14% pertenciam ou a uma classe baixa, ou classe média-alta ou classe alta.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo pretende, por um lado, explanar a evolução da ESF no seu domínio teórico, aliada à perspetiva sistémica e, por outro lado, explorar a evidência disponível sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de Enfermagem às famílias em transição para a parentalidade nos CSP.

2.1. A Família e a evolução da Enfermagem de Saúde Familiar

Explorando aquela que é a história do desenvolvimento da profissão de Enfermagem, o envolvimento da família na prática de cuidados sempre permaneceu presente. A prática de Enfermagem iniciou-se em casa daqueles que seriam os clientes, centrando a prática na família como sendo algo natural, enraizado. Após a Segunda Guerra Mundial e com a transição da prática de Enfermagem para o contexto Hospitalar, as famílias não só foram excluídas do ato de cuidar dos seus membros doentes como foram afastadas de eventos com grande impacto como o nascimento ou a morte dos mesmos (Wright & Leahey, 2012).

Posteriormente a estes eventos e mudanças desenvolvimentais, o contínuo desenvolvimento e aumento da evidência científica na área da Saúde Familiar tem vindo a fornecer ferramentas para corroborar que a família exerce influência no estado de saúde, no bem-estar e também na doença de cada um dos seus membros (Ribeiro, 2007). Estas evidências devem encaminhar os cuidados prestados pelos enfermeiros, considerando a família enquanto foco dos cuidados. Este cuidado deve ser alcançado tendo como base uma respeitosa, responsável e sólida avaliação familiar bem como intervenções e práticas relacionais (Wright & Leahey, 2012).

Em Portugal, o impacto da família na sociedade distinguiu-se fundamentalmente pela Reforma dos CSP em 2005 (Presidência do Conselho de Ministros, 2005), mas o acontecimento mais

relevante desta reforma foi a criação das USF, cujo número tem aumentado consideravelmente desde a sua implementação, em 2006. Surgiram através do envolvimento de uma equipa multiprofissional que integra atividades de Enfermagem, Medicina Geral e Familiar e administrativas (Ministério da Saúde, 2006), dotadas de autonomia técnico-assistencial e funcional (Lapão, 2008).

A prática de Enfermagem, para Brás et al. (2013), foi descrita como fazendo parte da essência dos CSP. Os enfermeiros de família surgem como profissionais que, integrados numa equipa multidisciplinar de saúde, assumem a prestação de cuidados globais às famílias nos seus processos de vida e nos diferentes contextos da comunidade, assumindo a responsabilidade pela saúde e bem-estar dos membros das famílias, em todas as fases do seu ciclo evolutivo e garantindo equidade no acesso aos cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Em 2018, considerando a necessidade de cuidados de Enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas e às quais é inegável a especificação de competências, a OE deu continuidade àquele que foi o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar de 2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e emitiu a EEESF acreditando que os EEESF devem ser o eixo estruturante e funcional, garantindo o acesso e a prestação de cuidados de Enfermagem no âmbito dos CSP. Em 2017, ao abrigo do DL n.º 73 de 21 de junho, foi reconhecido que os enfermeiros que constituem as USF têm de deter o título de especialista em ESF (Ministério da Saúde, 2017).

Apesar do desenvolvimento da ESF, Ferreira et al. (2019) revela que os enfermeiros ainda são subvalorizados e que as famílias não abordam ou abordam com pouca clareza e perceção as competências do EEESF. Estes achados tiveram como base o conhecimento deste acerca do sistema familiar e o cuidado da família enquanto unidade em transformação, questão que levou o mesmo autor a reconhecer uma necessidade de repensar a que a formação, quer as práticas do enfermeiro de família. No âmbito da prática especializada de EESF, são identificadas duas competências específicas do EEESF e que foram detalhadas no Anexo II do Regulamento n.º 428/2018 da OE: este profissional deve cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a capacitação da família, focando-se na mesma como um todo e nos seus membros individualmente bem como nas suas transições e deve igualmente liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de saúde familiar, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

A família consiste na existência de duas ou mais pessoas interdependentes física e economicamente, englobando a conexão a afetos e sentimentos (Hanson, 2005; Biroli, 2014), sendo as experiências familiares vivenciadas pelos seus membros. Estas experiências têm por base as relações íntimas e intergeracionais dos membros das famílias, tornando-se essenciais para a criação da identidade de cada um deles (Petzold, 1996 as cited in Dessen, 2010; Biroli, 2014). O ICN (2023) define família como um “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por 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”. Numa perspetiva profunda e concreta, a família é considerada por Kaakinen et al. (2018) exatamente aquilo que os seus membros acreditam ser. É uma unidade básica da sociedade, uma construção social vivenciada por cada cidadão e que nos direciona para uma realidade definida por conjunto de normas, práticas e valores que têm tempo, lugar e história e, consequentemente, impacto no âmago social e naquela que é a estrutura socioeconómica (Biroli, 2014; Frericks & Gurín, 2023).

Para Figueiredo (2012), a família, enquanto unidade sistémica, detém um espaço singular de suporte à saúde dos seus membros, sendo dotada de capacidade auto-organizativa. A sua compreensão deve considerar quer a historicidade quer o contexto familiar, ampliando o foco de observação do indivíduo para a família, entendendo a sua “complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade” (Figueiredo, 2012, p. 2).

Esta abordagem sistémica remete-nos inevitavelmente para a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida pelo biólogo Austríaco Bertalanffy (2006). Nela, Bertalanffy revela que os sistemas podem ser encontrados em todos os níveis das diferentes áreas do conhecimento. Requerem sempre uma abordagem holística, considerando as interações entre os elementos constituintes e o todo resultante, representando a capacidade de os sistemas manterem um equilíbrio dinâmico face a mudanças internas e externas de homeostasia. Wiener (1948), com o estudo da Cibernética, investigou a projeção, organização e regulação dos sistemas, abordando a relação entre os sistemas e o ambiente em que se inserem. Quer a TGS, quer a Cibernética são abordagens que reconhecem a importância das interações e das trocas de informações nos sistemas complexos, como é o caso da família. A TGS oferece uma visão abrangente e integradora dos sistemas permitindo a compreensão da família enquanto unidade sistémica, ao passo que da Cibernética emergiram conceitos que permitiram a compreensão do funcionamento e evolução do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Também a Teoria da

Comunicação Humana desempenha um papel preponderante na influência dos relacionamentos, focando-se nos padrões de interação, na troca de mensagens e na construção de significado dentro dos contextos sociais (Watzlawick et al., 2002). Assim, as famílias podem ser reconhecidas como unidade e únicas já que detêm padrões de comunicação que permitem a diferenciação do sistema e dos subsistemas (Figueiredo, 2009). Do Pensamento Sistêmico de Vasconcellos (2002) surge um novo paradigma da ciência, enquadrando-se naquela que é a epistemologia sistêmica e cujos pressupostos descrevem uma relação triádica fechada entre três dimensões: a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade.

Portanto, Bowen (1993) mobilizou o conceito de sistema para descrever a família, já que, entre este e outros aspetos, a mudança do funcionamento num membro da família despoleta automaticamente uma resposta compensatória de mudança num outro membro da família. De acordo com o mesmo autor, cada membro da família comporta-se como um sistema cujo resultado, ao ser projetado no todo, é maior do que o resultado que teria se funcionasse de forma independente. Ao deter esta perspetiva, “qualquer alteração afectará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar” (Figueiredo, 2012, p. 67).

Na família enquanto sistema encontramos, ainda, propriedades que norteiam a prática. Ochoa De Alda (1995) faz referência à totalidade enquanto uma destas propriedades, considerando que, para além da intenção e ação dos membros da família, o enfermeiro deve compreender igualmente as relações entre eles; revela que a causalidade circular, considerando a resposta de um membro da família, terá impacto num outro membro podendo servir de estímulo para a sua resposta; aborda a equifinalidade e considerada que, partindo de condições iniciais distintas, o sistema “família” pode alcançar o mesmo estado final; quanto à equicausalidade determina que, partindo de condições iniciais semelhantes, o resultado pode ser divergente; no que respeita à limitação, a autora considera que, uma vez adotada uma sequência de interações contínua, a probabilidade do sistema dar uma resposta divergente é diminuída o que pode resultar, caso exista um sintoma, na manutenção da sequência de interações não dando resposta à necessidade; as regras de relação, segundo a autora, dizem respeito aos componentes presentes numa interação entre os membros da família e a forma como enquadram a conduta ao comunicar; a ordenação hierárquica determina a presença de elementos de maior poder e responsabilidade aliada à ajuda, proteção e cuidado a oferecer aos diferentes subsistemas; por

fim, considera que a teleologia diz respeito à adaptação do sistema às exigências do ciclo vital, assegurando a continuidade e crescimento dos seus membros.

Neste sentido, sendo regidos por um paradigma sistémico, os cuidados de Enfermagem devem enfatizar as interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012). Para isto, os enfermeiros devem-se apropriar de um conceito claro de família (Wright & Leahey, 2012), procedendo à utilização de uma estrutura de avaliação familiar que auxilie na organização das suas forças e necessidades, fornecendo assim um caminho para o planeamento e ajuste da intervenção com base nas teorias das ciências sociais da família, da teoria familiar e das teorias de Enfermagem (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

Para Figueiredo (2012, p. 3), a ESF é entendida como um “campo disciplinar da Enfermagem com um corpo de conhecimento específico”. Esta tem-se desenvolvido no domínio teórico através do surgimento de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que destacam a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012), a par com aquela que foi a criação e consolidação do SNS em Portugal, nos últimos quarenta anos (Fronteira et al., 2019). Essa evolução parece refletir a importância crescente dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde abrangentes e centrados nas famílias.

Em Portugal, o percurso evolutivo da profissão de Enfermagem constitui-se como elemento fulcral na incorporação dos cuidados à família como unidade (Figueiredo, 2009). A consolidação de fundamentos teóricos dá lugar a uma prática sustentada e sistematizada, observando-se, na Enfermagem em particular, um crescimento no desenvolvimento de teorias que promovem, consequentemente, o desenvolvimento da profissão (Ribeiro et al., 2018; Brandão et al., 2018). No âmbito da ESF, Henriques e Santos (2019) concordam que, para poderem intervir e capacitar as famílias no sentido de ultrapassarem os seus desafios, os enfermeiros necessitam de deter ferramentas que possibilitem a compreensão das dinâmicas internas e externas das famílias.

Wright e Leahey (2012) desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), adaptado da avaliação familiar de Tomm e Sanders (1983) cuja estrutura compreende uma avaliação da família em três categorias: estrutural, desenvolvimental e funcional, subdividindo-se em várias subcategorias. Assim, associado ao MCAF encontra-se o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) onde são explanados três fatores que servem como base para o planeamento das intervenções: o nível de funcionamento da família, o nível de competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2012). O MCIF engloba intervenções específicas de Enfermagem com base nos conceitos de circularidade e questionário circular já

que este permite compreender os relacionamentos e as interações entre os membros das famílias (Figueiredo, 2009). Para além deste, Wright e Leahey (2012) sugerem intervenções específicas direcionadas ao domínio cognitivo, nomeadamente o elogio às forças da família e dos seus membros e a promoção da literacia dos mesmos para, desta forma, favorecer a capacidade de resolução de problemas; para o domínio afetivo sugerem a validação ou normalização das respostas emocionais, o incentivo para os membros narrarem a sua perspetiva da doença e o estímulo do apoio familiar, transformando as emoções e desbloqueando a capacidade de resolução de problemas; para o domínio comportamental sugerem o incentivo dos membros da família a cuidarem do membro com incapacidade, o incentivo ao descanso e o planeamento de rituais, integrando novas práticas no sentido de alterarem padrões de interação.

Figueiredo (2012), no desenvolvimento do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) enquanto teoria de Enfermagem, detém quer o MCAF como o MCIF como fontes teóricas e sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico. Esta teoria é fruto da triangulação entre a TGS de Bertalanffy (1968), a Cibernética de Wiener (1948) e a Teoria da Comunicação Humana de Watzlawick et al. (1967), oferecendo perspetivas que se complementam no sentido de compreender os sistemas complexos e a interação das suas partes. Com a co-construção do MDAIF, Figueiredo (2012) pretendeu dar resposta àquelas que eram as necessidades percecionadas pelos enfermeiros face aos cuidados às famílias, considerando a imprescindibilidade de uniformizar os conteúdos no âmbito da ESF. Este referencial teórico e operativo detém uma matriz operativa que pretende ser orientadora da prática de Enfermagem de saúde familiar, sistematizando a mesma. A matriz detém uma configuração dinâmica, flexível e interativa que pretende promover a mudança recorrendo a três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. No que diz respeito às áreas de atenção, os seus critérios de diagnóstico orientam quer para a identificação do diagnóstico, quer para as intervenções permitindo, desta forma, a avaliação dos resultados face aos objetivos e necessidades reconhecidas, promovendo a capacitação dos membros da família face às exigências que decorrem das transições ao longo do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Assim como o MCAF e o MCIF, também o MDAIF é reconhecido pelo *International Family Nursing Association* (2023) como um Modelo para a Prática de Enfermagem com as Famílias. A evidência disponível assegura este reconhecimento já que demonstra não só a adesão positiva às orientações fornecidas pelos enfermeiros e a mobilização das forças e recursos por parte dos

membros das famílias face às intervenções implementadas pelos enfermeiros, como traduziu uma maior funcionalidade e sustentabilidade familiar alcançando-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF (Pereira, 2012; Brás et al., 2019; Ferreira et al., 2020; Murteiro et al., 2021).

2.2. A Família em Transição para a Parentalidade

O ciclo vital da família é entendido por Relvas (2000) como uma sequência de transformações na organização familiar que são previsíveis, em função do cumprimento por parte dos seus membros de tarefas bem definidas. Segundo esta autora, o ciclo vital da família está estratificado em cinco etapas que integram em si tarefas desenvolvimentais tangentes a cada uma das transições, quando reportados à família do tipo nuclear: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Com o nascimento de um filho, os membros da família transitam da função conjugal para a função parental, dando início a uma nova fase do ciclo evolutivo da família. Mesmo sendo um acontecimento comum e habitualmente esperado e desejado, esta transição é considerada como uma das mais dramáticas e intensas transições que o sistema familiar enfrenta (Relvas, 2000; Martins et al., 2017) já que, em consequência, podemos assistir a um desequilíbrio e a um aumento da vulnerabilidade familiar (Martins, 2013).

Desta forma, a abordagem das famílias em transição para a parentalidade transporta-nos, inevitavelmente, para a identificação de uma mudança. A necessidade de lidar com essa mudança e com os desafios que ocorrem ao longo do ciclo vital da família e a necessidade do ajustamento às novas realidades são inerentes à vida (Meleis, 2010). Assim, Meleis (2010, pp. 25-26) define transição como uma

“ (...) passagem de uma fase de vida, condição, ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso, mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta”.

No caso específico da transição para a parentalidade, esta não se relaciona unicamente com a chegada de um novo membro à família ou com a necessidade do pai/ mãe se adaptarem a essa chegada (Tralhão et al., 2020). Numa perspetiva que detém a família enquanto unidade de cuidados, onde os novos contextos requerem mudanças nos padrões familiares e estas são previsíveis e associadas aos seus membros individualmente assim como ao desenvolvimento da família enquanto sistema, a transição para a parentalidade pode ser designada por transição do tipo normativa. A par com a reestruturação familiar, existe igualmente uma redefinição de limites, subsistindo maior abertura às famílias de origem bem como à comunidade (Relvas, 2000; Hanson, 2005; Figueiredo, 2009).

Enquanto papel familiar, o papel parental detém quer o conhecimento quer a aptidão para o desenvolvimento de comportamentos no sentido de alcançar o desempenho familiar que permita a concretização da integração de uma identidade parental e o saudável desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2012). A envolvimento do casal no processo de transição inicia-se na gravidez, onde as interações se tornam cruciais para a formação de vínculos com o bebé já que é nesta fase que existe a organização da representação mental formada sobre o mesmo. A forma como cada elemento do casal vivencia esta fase pode ter impacto futuro na maneira como vivenciam todo o restante processo, nas relações estabelecidas e também na forma como vêm o bebé (Castoldi et al., 2014).

O psicólogo René Clément, na década de oitenta, resgatou o conceito de parentalidade e deixou evidente que, intrinsecamente a ele, não está apenas o ser progenitor ou ser designado como pai ou mãe (Martins, 2013). Tornar-se pai ou mãe faz-se por meio de um compromisso familiar complexo, consciente e até inconsciente por vezes, integrando nos seus membros a representação deste papel e uma atitude de corresponsabilização e partilha nas tarefas de cuidar dos filhos, redireccionando a necessidade de participação de ambos os progenitores podendo levar a reajuste no dia-a-dia que transcende a aceitação e o enquadramento inicial no sistema (Relvas, 2000; Martins, 2013). A parentalidade conduz a uma “reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação” (Bayle, 2005, p. 322). O ICN (2023) define parentalidade como um processo intencional de “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; (...) interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”. Integra aquelas que são as expectativas da família,

a par com a definição de Adaptação à Parentalidade que descreve como sendo associada à “Parentalidade: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”, no entanto estas definições não relevam aquela que é a dimensão ou o impacto da família neste processo.

Fruto das alterações socioculturais e económicas do final do século XX, na perspetiva familiar a parentalidade foi-se destacando e sofrendo alterações (Cruz, 2005 as cited in Garcês, 2011) e foi por volta dos anos setenta que o papel de pai, a par com o surgimento dos movimentos feministas, começa a ser associado ao progenitor ativo e envolvido nos cuidados à família (Lamb, 1996 as cited in Garcês, 2011). A investigação produzida no decorrer das últimas décadas tem-se debruçado sobre a multidimensionalidade e as variações do papel de pai no decorrer do tempo (Lamb, 1996 as cited in Garcês, 2011) e atualmente a figura paterna participa indubitavelmente de forma ativa na vida dos seus filhos, também pelas transformações na família, que retiram a mulher do ambiente restritivo do lar, possibilitando a aquisição de novas funções por parte do pai (Bernardi, 2017).

Na atualidade, a reestruturação dos direitos parentais tem contribuído para a alteração da vivência da paternidade já que têm vindo a ser alargados quanto à duração e combinação de incentivos à partilha de licenças entre pais e mães. Segundo a Lei nº 90/2019, de 4 de setembro (Assembleia da República, 2019), os direitos exclusivos do pai trabalhador passam pelo gozo de vinte dias úteis obrigatórios, seguidos ou interpolados, nas seis semanas após o nascimento do bebé, cinco dos quais devem ser gozados de modo consecutivo imediatamente após o nascimento. No caso do nascimento de gémeos, tem direito a mais dois dias por cada um. Para além disso, tem direito a mais cinco dias úteis de licença facultativa. No caso de gémeos, tem direito a mais dois dias por cada gémeo. Os vinte e cinco dias correspondem à atribuição de um subsídio de 100% da sua remuneração de referência.

A perceção construída sobre ser pai ou mãe tem no seu íntimo as experiências passadas, iniciando na infância. É aquando do nascimento de um filho que existe uma mudança irreversível no psiquismo parental já que este novo papel passa a requerer não só o ato de cuidar de um ser humano como também o desenvolvimento de sentimentos e de capacidade para resolver problemas associados a esse mesmo processo (Hanson, 2005; Zornig, 2010; Deave et al., 2008, as cited in Hockenberry & Wilson, 2011; Martins et al., 2017). Tendo em conta todas as mudanças inerentes ao processo de desenvolvimento do papel parental, Schumacher e Meleis

(1994) consideram que, no caso particular da transição para a parentalidade, o membro da família pode enfrentar dois tipos de transições distintas: Transição do tipo situacional, já que está associada à alteração do papel da pessoa no âmbito familiar (passar a ser pai/ mãe); Transição do tipo desenvolvimental, já que está diretamente associada ao desenvolvimento do membro da família que está a atravessar um processo de gravidez, por exemplo, ou pela passagem da díade conjugal para a tríade, do ponto de vista familiar (Brito, 2012).

O nascimento de um ser representa a prestação de cuidados durante vinte e quatro horas por dia a um novo membro da família, sendo inegáveis as mudanças existentes nas relações entre o casal e nas rotinas diárias, responsabilidades financeiras e até no tempo percebido pelo irmão, caso exista. As estratégias utilizadas são cruciais e são determinadas por componentes do foro cognitivo (aprendizagem, tomada de decisão), relacionais (suporte) e operacionais (partilha de tarefas, conciliação de papéis, reorganização de rotinas) (Hanson, 2005; Zornig, 2010; Deave et al., 2008, as cited in Hockenberry & Wilson, 2011; Martins et al., 2017).

Por todo este contexto, a dinâmica conjugal passa a ter especial relevância na vivência desta transição. Trata-se de uma mudança repleta de significados e novas experiências, sendo, assim, essencial a proteção da relação conjugal (Silva et al., 2021). Figueiredo (2012) revela que o conhecimento prévio por parte dos membros das famílias sobre o processo de transição associado à gravidez bem como a comunicação eficaz do casal promovem a aquisição da identidade parental ajustada bem como a conjugalidade satisfatória. Silva et al. (2021) destacam no seu estudo que a gravidez planeada, a comunicação conjugal, a compreensão e entreajuda entre o casal bem como o apoio da família alargada são fatores que, ao proteger o subsistema conjugal, promovem e facilitam o processo de transição, devendo ser trabalhados aquando da etapa do ciclo vital da família: formação do casal. O facto de receberem a atenção e o acompanhamento dos profissionais de saúde – relacionado com a abordagem sistémica e holística da relação conjugal, o reforço das redes de apoio, a continuidade de cuidados com a participação do pai e da mãe nos cuidados ao recém-nascido e o acesso a cuidados individualizados e à aquisição de informações que consideram relevantes (Barimani & Vikström, 2015; Bispo, 2016; Sampaio et al., 2021) - bem como estarem em família e com a perceção de união são igualmente critérios relatados pelos pais como sendo facilitadores da transição (Nilsson et al., 2015). Do ponto de vista da criança, a vivência de uma parentalidade positiva - definida por comportamentos e valores parentais tendo em consideração o interesse da criança, promovendo o relacionamento positivo e otimizando o potencial de desenvolvimento nos seus

primeiros anos de vida - está associada ao aumento da autoestima, da autoconfiança e a um bom desenvolvimento da mesma (Costa, 2013). No decorrer do seu desenvolvimento, “o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizar o desenvolvimento do seu filho” (Costa, 2013, p. 29). Por outro lado, a gestão dos momentos a sós, o reinício e manutenção da sexualidade, o próprio desempenho do papel parental e até a falta de apoio dos profissionais de saúde são fatores que dificultam o processo de transição. O casal, ao direcionar a atenção para o novo membro, distancia-se e deixa para segundo plano a relação conjugal, podendo dar início aos conflitos (Silva et al., 2021) resultando numa quebra dos vínculos, reduzindo a intimidade entre os membros da família bem como a afetividade (Hockenberry & Wilson, 2011).

Sendo frequentemente os enfermeiros de família os primeiros prestadores de cuidados às famílias em processo de transição para a parentalidade, torna-se imprescindível que este detenha competências para identificar o tipo de transição familiar e que assegure a implementação de estratégias adequadas nos momentos oportunos (Tralhão et al., 2020; Ribeiro et al., 2021). Como consequência, os membros das famílias irão adquirir competências para lidarem com os seus próprios eventos de vida (Bernardino, 2012). Torna-se, assim, fundamental a avaliação completa e uma recolha de dados segura que culmine no conhecimento aprofundado dos sistemas familiares permitindo o desenvolvimento de intervenções que fortaleçam a família e promovam a saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco aborda a gravidez de forma abrangente, desde a pré-conceção até à fase do puerpério. Este norteia a prática da vigilância da mulher grávida, disponibilizando informação atualizada e de fácil consulta nas intervenções diárias dos enfermeiros de família que acompanham as famílias ao longo do ciclo vital, incluindo as mulheres ao longo do seu ciclo reprodutivo. Aborda o conceito de vigilância pré-natal incluindo o pai e outras pessoas significativas na prestação de cuidados e tem em consideração a diversidade sociocultural. Estes cuidados devem ser centrados nas necessidades de cada família e dos seus membros dando inclusivamente ênfase à avaliação do bem-estar emocional dos membros das famílias (Ministério da Saúde, 2015).

No entanto, os novos desafios impostos em Portugal prendem-se, sobretudo, com a modificação das escolhas reprodutivas (Ministério da Saúde, 2015). Em 1960, a taxa bruta de natalidade era de 24,1‰, enquanto em 2022 esse valor reduziu para 8,0‰ (INE, 2023b). O adiamento da

maternidade é outro exemplo, estando associada a um aumento da morbilidade e mortalidade materna perinatal (Ministério da Saúde, 2015). Se em 1990 a idade média das mães ao nascimento de um filho era de 27,1 anos, em 2022 esta foi de 32,2 (INE, 2023a). No que diz respeito à idade média em que as mulheres são mães pela primeira vez, em 1960 esta era de 25 anos e em 2022 aumentou para 30,8 anos (INE, 2023d). No entanto, embora se tenha verificado entre 2017 e 2020 um aumento da taxa de mortalidade materna comparativamente com as duas décadas anteriores, os números voltaram a reduzir a partir de 2021 (INE, 2023c). Sabe-se que o risco de morbilidade e mortalidade materno-infantil é dinâmico no decorrer da gravidez (Ministério da Saúde, 2015), mas assim como o próprio planeamento da gravidez, também o acesso aos cuidados especializados durante a mesma, no parto e pós parto se torna imprescindível para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2009). Em Portugal, os ganhos encontrados foram possíveis ao acoplar a vigilância da gravidez a uma Rede de Referência Materno-Infantil, articulando o trabalho investido nos CSP com os Cuidados Hospitalares. Estes recursos, a par com a vacinação e a reeducação alimentar, a promoção da literacia em saúde e a proteção da parentalidade contribuíram, igualmente, para a melhoria dos números associados à morbilidade e mortalidade materno-infantil (Ministério da Saúde, 2015).

Assim, as consultas realizadas destinam-se à vigilância do seu estado de saúde, devendo ser programadas e periódicas com o intuito de avaliar o bem-estar materno e fetal, detetar precocemente situações que possam afetar a evolução saudável da gravidez, promover a educação para a saúde, preparar o parto e parentalidade e também transmitir informações legais relevantes (Ministério da Saúde, 2015; Ministério da Saúde, 2023a). O esquema de consultas é adaptado à necessidade encontrada, já que se trata de um cuidado personalizado e individualizado. Neste sentido, no caso de uma gravidez de baixo risco, é preconizado um esquema de acompanhamento da mulher grávida que prevê a realização, no contexto dos CSP, da primeira consulta o mais precocemente possível e até às doze semanas de gestação (primeiro trimestre de gravidez). Após a primeira consulta, devem ser realizadas consultas a cada quatro a seis semanas até às trinta semanas de gestação, reduzindo para uma consulta em cada duas a três semanas entre as trinta e as trinta e seis semanas de gestação e posteriormente semanal ou quinzenalmente após as trinta e seis semanas até ao parto (Ministério da Saúde, 2015). Ainda não existe consenso relativamente ao número concreto de consultas a serem realizadas no contexto pré-natal, no entanto a antecipação do número de consultas previsto para com os membros das famílias bem como os seus objetivos parecem minimizar a insatisfação com

esquemas mais reduzidos (Public Health Agency of Canada, 2020). Na prática, as visitas domiciliares surgem como uma estratégia efetiva de apoio às famílias em transição para a parentalidade que, ao promover habilidades no âmbito da parentalidade, melhoram o bem-estar parental em concreto através da redução da percepção de stresse (Aston et al., 2015), fornecem uma experiência familiar positiva e contribuem para o aumento da segurança percebida pelos membros das famílias, melhorando o resultado das intervenções de Enfermagem no âmbito da promoção da comunicação expressiva de emoções, da construção de uma hipótese para cada visita e da realização de questões abertas (Thome & Arnardottir, 2013; Bispo, 2016; Sampaio et al., 2021; Høgmø et al., 2022).

A educação para a saúde deve ir ao encontro de temas relevantes e benéficos para o processo de transição e importa que o enfermeiro de família detenha conhecimento sobre os mesmos (Ministério da Saúde, 2015). Do ponto de vista alimentar, é premente avaliar a necessidade de ensinar sobre as características de uma alimentação saudável bem como sobre os cuidados alimentares seguros e adequados no decorrer da gravidez, fazendo referência aos diferentes padrões alimentares e relevando cuidados específicos com determinadas patologias, como a toxoplasmose, a listeriose, a salmonelose e a brucelose. O conteúdo desta temática pode estar igualmente associado à importância do exercício físico no decorrer da gravidez (Ministério da Saúde, 2015). Também o cuidado com a saúde oral constitui um tema relevante pois, devido às alterações hormonais subsequentes ao processo de gravidez, há um risco de aparecimento ou agravamento de problemas deste foro. Para além disto, importa igualmente desmistificar, caso existam, ideias associadas ao tratamento dentário e incentivar as mulheres grávidas ao cuidado com a higiene oral bem como a agendar consultas neste âmbito (Ministério da Saúde, 2015).

Apesar da variedade de respostas sexuais fisiológicas no processo de gravidez, a frequência, satisfação ou até o interesse sexual podem alterar-se no subsistema conjugal. Face a isto, o enfermeiro deve avaliar a necessidade de informar os membros do casal sobre as mudanças físicas e psicológicas e a sua influência nas respostas sexuais, a importância da comunicação nesta fase e abordar diferentes formas de manterem a sexualidade (Ministério da Saúde, 2015; Public Health Agency of Canada, 2020; National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2021).

Fruto das mudanças fisiológicas decorrentes do processo de gravidez e da adaptação do corpo ao mesmo, algumas mulheres vivenciam desconfortos que podem ou não permanecer. Desta forma, o enfermeiro de família deve avaliar a necessidade de ensinar sobre esta questão e

disponibilizar soluções práticas (Public Health Agency of Canada, 2020). Por outro lado, há sinais e sintomas que podem significar um possível problema e, nesse caso, a mulher grávida deve estar alerta. São exemplos a hemorragia vaginal, o corrimento vaginal com prurido ou ardor, dores abdominais ou pélvicas, arrepios ou febre, vômitos e/ ou cefaleias persistentes ou até a diminuição da percepção dos movimentos fetais (Ministério da Saúde, 2015). Importa igualmente avaliar a necessidade de informar todas as mulheres grávidas acerca do consumo de substâncias, incluindo o álcool, substâncias psicoativas e o tabaco, bem como a exposição ao seu fumo. Esta informação deve ser partilhada com os restantes membros da família e devem ser oferecidas estratégias, caso os mesmos as aceitem, na tentativa de reduzir quer o consumo quer a exposição ao fumo, no caso do tabaco (Ministério da Saúde, 2015).

Uma vez que todas as questões envolvidas na transição para a parentalidade podem afetar a família enquanto sistema, também a preparação para o parto e para a parentalidade deve ser exposta aquando das consultas. A abordagem da parentalidade, das transformações físicas, do trabalho de parto e dos tipos de parto, da analgesia e seus efeitos, dos direitos e do papel do acompanhante e até da amamentação, são cruciais no sentido de desenvolver a confiança entre os membros das famílias e promover competências para a vivência positiva da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando igualmente ao desenvolvimento da interação na relação entre os membros com vista a obter pais/mães satisfeitos com o seu papel parental (Martins, 2013; Ministério da Saúde, 2015; Azevedo, 2017; Public Health Agency of Canada, 2020).

Assim, prestar cuidados às famílias exige a aquisição de competências inerentes ao cliente “família”, já que se encontra com uma história, trajetória, crenças, valores, saberes e expectativas de cada um dos seus membros, tornando-se preponderante a identificação das suas forças e recursos já que, só desta forma, o profissional pode capacitar a família a tomar decisões com vista à obtenção de ganhos em saúde (Silva et al., 2013; Bispo, 2016).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

A explanação das atividades realizadas no decorrer da componente clínica será efetuada no presente capítulo. Estas atividades visaram a aquisição de competências diretamente relacionadas com a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados e com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, a par com aquelas que são as competências comuns e específicas do EEECESF, segundo os Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018, respetivamente, da OE.

Assim, e considerando estas competências, o EEECESF deve ser capaz de cuidar da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na mesma como um todo bem como nos seus membros individualmente, no decorrer do ciclo vital da família e das transições familiares. Para além disso, deve ser capaz de proporcionar qualidade na prestação de cuidados gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

No decorrer do presente subcapítulo será explanada a prestação de cuidados à família enquanto alvo dos cuidados de ESF, bem como dos seus membros individualmente, no decorrer do ciclo vital da família e aos diferentes níveis de prevenção.

Neste âmbito, importa que o EEECESF seja capaz de estabelecer uma relação com a família que promova o funcionamento da mesma e a sua capacitação ao longo do ciclo vital, que promova a saúde e previna a doença dos seus membros. Assim, a colheita de dados pertinentes, a intervenção familiar direcionada às necessidades e considerando a transição vivenciada bem como a monitorização das respostas da família como um todo e dos seus membros torna-se a

chave para prestar cuidados, devendo o EEECESF desenvolver a sua atuação com base na evidência mais atual.

Naquilo que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal no âmbito da prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, segundo a OE (2015) a instrução deontológica de Enfermagem tem sofrido significativos desenvolvimentos desde a publicação, em 1998, da Deontologia de Enfermagem, no Estatuto da OE. Esta tem-se mostrado ser uma importante ferramenta de fundamentação para a prática profissional de Enfermagem, já que as “intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 38)

A dignidade humana torna-se o verdadeiro pilar através do qual os outros princípios decorrem e, como tal, no decorrer da prestação de cuidados foram tidos em consideração o princípio da autonomia – a pessoa rege-se pelas leis próprias e age por si mesma -, o princípio da universalidade, detendo a igualdade fundamental – cuidado prestado à pessoa sem distinção -, o princípio da beneficência e justiça – garantia da confidencialidade e anonimato de todos os dados bem como o tratamento dos mesmos com respeito e dignidade -, o altruísmo e solidariedade – prestação de cuidados considerando os interesses da família e seus membros -, a competência profissional e a responsabilidade, e o princípio da beneficência - fazer o bem e ajudar a família e seus membros a obter o que é para seu benefício (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, no início da primeira consulta foi explicado o objetivo da mesma aos membros das famílias, solicitada uma autorização verbal para o acompanhamento do processo de transição para a parentalidade e foi assegurado o sigilo e a confidencialidade de todos os dados recolhidos no decorrer das consultas. Procedeu-se ainda à alteração de dados passíveis de identificar os membros das famílias, numerando cada família de um a quatro e os membros das famílias foram identificados por duas ou mais letras, podendo ou não corresponder às iniciais dos próprios nomes.

3.1.1. Avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade: da teoria à prestação de cuidados

A seleção das famílias para a explanação da prestação de cuidados teve em consideração as famílias em transição para a parentalidade presentes na lista da enfermeira tutora à data do início do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. A seleção destas famílias contava com a presença de critérios de inclusão, nomeadamente a detenção de pelo menos um membro da família que fosse mulher e estivesse grávida, em fase de puerpério e/ou com a presença de pelo menos um recém-nascido. Foram selecionadas seis famílias sendo que duas destas não foram consideradas por não recorrerem às consultas nos CSP. Todas as famílias detinham uma mulher grávida cujas consultas foram realizadas na USF com os membros da família disponíveis e os dados obtidos foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®.

O MDAIF serviu como referencial teórico e a sua matriz operativa, que integra as áreas de atenção Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Prevenção de Segurança, Abastecimento de Água, Animal Doméstico, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental, Papel de Prestador de Cuidados e Processo Familiar (Figueiredo, 2012), foi orientadora da decisão clínica e serviu de guia na abordagem às famílias em transição para a parentalidade. Neste sentido, foi desenvolvido um documento que detém todas as dimensões da matriz, especificando os seus focos e critérios de diagnóstico no sentido de sistematizar a avaliação das famílias, considerando sempre e em todo o processo de cuidados a especificidade de cada família (Anexo I). Dado o cariz flexível e dinâmico da matriz (Figueiredo, 2012), foi possível explicar na sua plenitude a prestação de cuidados às famílias, desde a colheita de dados através de atividades diagnósticas até à definição específica das atividades que concretizaram as intervenções implementadas nos membros das famílias. No sentido de fundamentar, interpretar e atuar no membro da família ao considerar a natureza, as condições e os padrões de resposta à transição vivenciada pelo mesmo, foi recrutada a Teoria das Transições de Meleis (2010).

Recursos utilizados na Prestação de Cuidados

No decorrer da prestação de cuidados e considerando a especificidade de cada família enquanto unidade bem como dos seus membros, foram recrutadas ferramentas que facilitaram, por um lado, a colheita de dados e, por outro lado, a implementação das intervenções necessárias para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias.

A par com os instrumentos de avaliação familiar intrínsecos à matriz operativa do MDAIF como o Genograma, Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão familiar (FACES II) e o Apgar Familiar De Smilkstein, também a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) foi utilizada, estando alicerçada quer na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria da Comunicação. Detém três princípios fundamentais, nomeadamente a neutralidade - necessidade de o profissional se abster de apresentar à família qualquer tipo de juízo sobre os membros da mesma e seus comportamentos, bem como de manter alianças - a hipotetização - criação de uma suposição, sem valor de falsidade ou verdade, que tem como finalidade ser comprovada ou contradita - e a circularidade – associada ao questionamento circular, na tentativa de obter respostas que permitam enriquecer ou modificar a hipótese inicialmente criada, permitindo que cada membro da família partilhe a forma como percebe a relação familiar. Baseia-se na ideia de totalidade, causalidade circular, reciprocidade, multicausalidade e na premissa de que, ao comunicar, as pessoas expressam a sua perceção sobre o mundo (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012). Enquanto ferramenta para a prestação de cuidados, a EFS dá início aquando do acolhimento dos membros da família, momento em que deve ser estabelecido um ambiente terapêutico e promovido um relacionamento positivo com os membros da família. Após este, deve ser identificada a necessidade e explorada a mesma através da avaliação, podendo o enfermeiro, nesta etapa, compreender a relação entre a interação familiar e o sintoma caso exista, decifrando as soluções já experimentadas e explorando objetivos. Detendo estes dados, e em caso de necessidade, o enfermeiro deverá partir para a intervenção, que será implementada de acordo com o problema identificado com a família. A finalização da consulta prevê a avaliação dos resultados (Figueiredo, 2022).

As técnicas transversais utilizadas na avaliação e intervenção familiar no decorrer da prestação de cuidados permitiram o entendimento aprofundado sobre as dinâmicas familiares por parte dos membros das famílias, considerando as suas próprias narrativas. Possibilitaram não só a intervenção na família como a formulação de atividades diagnósticas.

O questionamento linear foi utilizado com o intuito de criar um contexto que favorecesse a mudança caso esta fosse necessária, permitindo concomitantemente a definição daquilo que esteve na causa do sintoma, caso existisse, e a aproximação dos membros da família pela relação criada com os seus pontos de vista (Tomm, 1988; Figueiredo, 2012; Zordan et al., 2012). Para orientar novos padrões de resposta e confrontar os membros da família com aquele que é o sintoma, foram utilizadas questões estratégicas (Figueiredo, 2012) e com a finalidade de instigar uma mudança na família, alterando a perspectiva dos seus membros e, por consequência, o seu comportamento, podendo ou não ter o efeito pretendido, foram aplicadas questões reflexivas que facilitaram a co-construção de novas perspectivas face ao cenário elencando inicialmente (Virgolino, 2008; Figueiredo, 2012). As questões de escala foram utilizadas no sentido de quantificar o sintoma ou situação, permitindo aos membros da família perceberem as mudanças e instigar a resolução do sintoma (Jong & Berg, 2013) e, no sentido de obter dados que corroborassem ou refutassem as hipóteses iniciais, foi utilizado o questionamento circular, que prevê a procura de interações entre os membros da família, ações, percepções, sentimentos e contextos, apoiando-se nos pressupostos da circularidade e da neutralidade (Zordan et al., 2012). Com base nas perguntas circulares definidas por Tomm (1987, as cited in Figueiredo 2009), as autoras Wright e Leahey (2012) identificam quatro tipos de questões circulares: as diferenciais têm como objetivo a reflexão sobre as diferenças entre os membros da família no que respeita às relações e às crenças; as questões comportamentais pretendem explorar o padrão de circularidade entre os membros da família; as questões hipotéticas permitem analisar a percepção dos membros da família face às diferentes alternativas para a mudança; as questões à tríade possibilitam a exploração da percepção de cada um dos membros considerando os relacionamentos existentes.

No contexto de interação específica, White e Epston (1993) dão um lugar central ao pensamento analógico e à linguagem figurativa, motivo pelo qual a metáfora se tornou um objeto de análise. Bernal e Heano (2005) começaram a identificar os contributos do uso da metáfora na intervenção familiar sistémica e os resultados explicam as amplas possibilidades terapêuticas oferecidas pela técnica, que é considerada como sendo clara e de fácil utilização. A metáfora permite, através do discurso, abordar situações que podem estar a causar desconforto nos membros da família, tornando-se uma ferramenta fundamental para estabelecer a relação entre o profissional e estes membros (Cardona & Osorio, 2015; Zuluaga et al., 2019). A utilização desta técnica habitualmente é feita através da linguagem oral analógica, simbólica e figurativa podendo ser usada, igualmente, através de uma palavra, frase, memória, história ou poema e,

de uma forma geral, serve como meio para o entendimento daquilo que os membros da família pretendem exprimir, mas que muitas vezes se torna árduo expressar de forma literal, conduzindo a uma interação fluida e assertiva entre os membros da família e entre estes e o profissional (Lichtenberg, 2009; Angus, 2018; Zuluaga et al., 2019).

Utilizando, igualmente, uma metáfora, Bateson (1955) aludiu a uma imagem num quadro para ilustrar como funciona uma moldura. Um quadro cognitivo, ou percepção, modifica como um evento, comportamento ou pensamento aparecendo no pano de fundo da experiência de cada membro da família, sendo mutáveis - um quadro diferente pode ser colocado na mesma peça de arte, aumentando ou diminuindo a sua beleza e servindo para melhor enaltecer ou contrastar com o seu ambiente. O reenquadramento, enquanto técnica utilizada na intervenção familiar sistémica, pretende, então, modificar a compreensão dos membros da família face ao problema, tornando-se mais propício à mudança (Kelly, 2020). Detém três princípios fundamentais: o primeiro é que mudará a perspetiva que os membros da família têm do sintoma, de uma perspetiva individual para uma que reflita ou inclua todos os membros do sistema; o segundo é que o reenquadramento pode ser usado para mudar o significado de algo percebido como negativo para algo visto como positivo ou normativo; o terceiro princípio é que um reenquadramento deve ser enunciado de uma forma que o sistema o possa perceber de forma congruente com a sua nova compreensão dos acontecimentos (Weeks & Fife, 2014). Em suma, o reenquadramento é outra forma de interpretar os factos e é consistente com a aceitação da família de uma nova perspetiva (Weeks & D'Aniello, 2017).

A conotação positiva é, por outro lado, uma técnica que tem como objetivo orientar e motivar os elementos da família a atribuir um significado diferente ao sintoma, fortalecendo a coesão familiar (Williams & Auburn, 2016). Permite orientar a atenção para a construção de uma visão mais positiva do problema encontrado e contribuir para mudar o sentido que é atribuído esse evento (Umbelino, 2003).

A utilização de rituais terapêuticos no decorrer da prestação de cuidados permitiu manter e desenvolver novas práticas no sistema familiar capazes de potencializar a capacidade dos membros das famílias na resolução de problemas identificados (Figueiredo, 2009). Estes têm demonstrado ser uma parte fundamental integrada no sistema familiar ao contribuírem para a construção da identidade familiar já que, entre si, os membros partilham os seus valores e crenças (Crespo, 2011; Almeida, 2020). Segundo Crespo (2011), os rituais familiares passam, assim, a ser sinónimo de bem-estar para os membros das famílias, sendo não só uma

manifestação do adequado funcionamento familiar como tendem a desenvolver a coesão e a força entre os membros da família. Assume-se, assim, que os rituais familiares se refletem como um “porto seguro” na prática clínica, importantes para a regulação da vida familiar e individual (Grácio, 2016).

Explicação da prestação de cuidados às famílias

A explicação da prestação de cuidados com cada uma das famílias iniciar-se-á com a referência aos dados sobre o número de consultas realizadas e os elementos das respectivas famílias presentes. Posteriormente será exposta a colheita de dados realizada considerando a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social. Após estes dados será apresentada a avaliação familiar utilizando as dimensões de avaliação do MDAIF – Estrutural, Desenvolvimento e Funcional - considerando as áreas de atenção adequadas tendo em conta as necessidades das famílias, as respectivas dimensões operativas e critérios de diagnóstico. Posteriormente serão apresentadas as intervenções, quando necessárias, os respetivos objetivos, assim como a avaliação dos resultados das mesmas. Será feito um resumo final de cada dimensão avaliativa no qual constarão os diagnósticos identificados e evolução dos mesmos, consulta a consulta.

Deverá ser igualmente considerado que, de acordo com as necessidades encontradas, foram prestados cuidados de ESF aos membros das famílias em todas as consultas, nomeadamente no que se refere à vigilância da mulher grávida de baixo risco. Proceder-se-á, assim, à descrição de dados considerados relevantes para a compreensão do estado de saúde e evolutivo da gravidez do membro da família.

Família 1

Foi desenvolvida uma consulta na USF com a Família 1, na qual esteve presente um elemento da mesma: A.S..

No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, de forma específica e relevante, foram efetuadas questões lineares ao membro da família presente na consulta. O genograma, abaixo representado pela Figura 2, serve como um instrumento de avaliação familiar que consiste num sistema de colheita e registo de dados, integrando a história biomédica e psicossocial da família (Rebelo, 2007), explana os dados obtidos. Este fornece um diagrama da estrutura familiar, com a possibilidade de colheita de informação sobre a estrutura familiar, identificando os membros da família, explanando os seus vínculos e transições (Figueiredo, 2012; Santos, 2019).

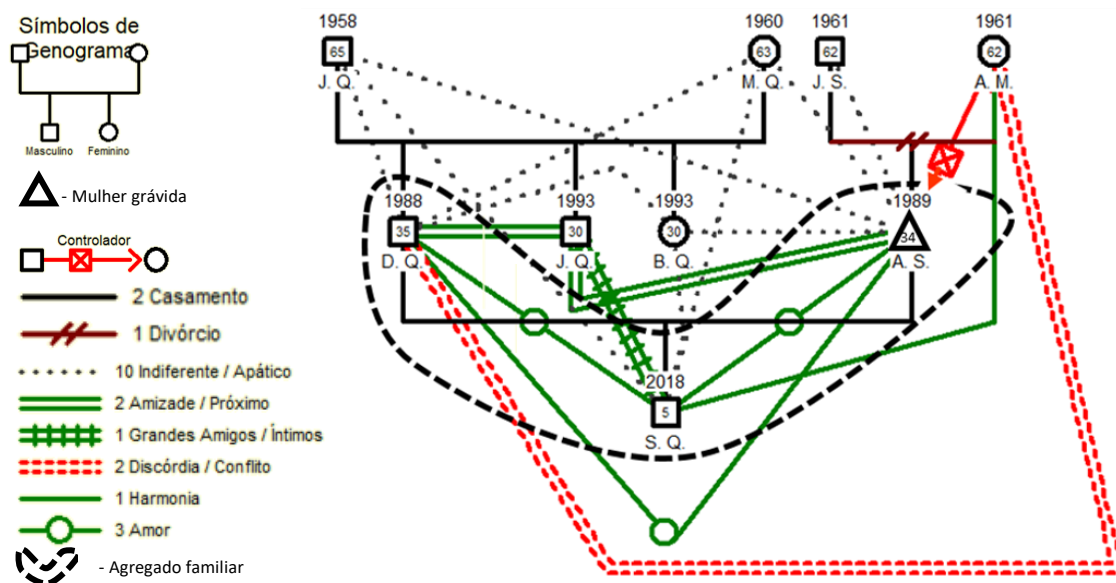


FIGURA 2: Genograma da Família 1 e respetiva legenda de símbolos

O tipo de família é, de acordo com Figueiredo (2012), definido de acordo com a sua composição e os seus vínculos, o que determina as suas próprias funções. A Família 1 é uma família do tipo nuclear que detém dois subsistemas, nomeadamente o subsistema conjugal, que inclui A.S., de 34 anos, D.Q., de 35 anos, e subsistema parental, que inclui S.Q., filho do casal, de 5 anos. A.S. está grávida do segundo filho.

Com a família extensa, todos os membros da família têm um contacto regular, seja pessoal e/ou telefónico, com J.Q. e A.M.. Com J.Q. o contacto, apesar de semanal, “é muito próximo, o S.Q. não vive sem estar com ele, é como um ídolo para ele!” oferecendo quer apoio emocional quer orientação como guia cognitivo e de conselhos. Com A.M. o contacto é diário e é referido como sendo associado a companhia social. No âmbito da rede social, e no que se refere a A.S., refere ter um vínculo forte com os amigos, sendo que estes são “a família que escolhemos ter” e um vínculo intermédio quer com o trabalho, quer com a instituição de saúde USF.

Aludindo aos conceitos presentes na Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), pertencem a uma classe social média-alta onde um dos membros da família detém um curso superior com duração superior a três anos, associado a uma profissão de grau 2 e cuja origem do rendimento familiar provém de vencimentos certos. Detêm um andar bastante espaçoso e confortável num bom local para residência.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 1 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no Quadro 1.

QUADRO 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação

<i>Dimensões de Avaliação</i>	<i>Áreas de Atenção</i>	<i>Dimensões Operativas Avaliadas</i>
<i>Dimensão Estrutural</i>	Rendimento Familiar	✓ Origem do Rendimento
		✓ Conhecimento e capacidade de Gestão
	Edifício Residencial	✓ Tipo de Habitação
		✓ Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	✓ Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		✓ Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
<i>Dimensão de Desenvolvimento</i>	Abastecimento de Água	✓ Utilização de rede pública/privada
	Animal Doméstico	
	Satisfação Conjugal	✓ Relação Dinâmica
		✓ Comunicação
		✓ Interação Sexual
		✓ Função Sexual
	Adaptação à Gravidez	✓ Conhecimento
		✓ Comunicação
		✓ Comportamentos de Adesão
<i>Dimensão Funcional</i>	Processo Familiar	✓ Comunicação
		✓ Coping/
		✓ Interação de papéis
		✓ Relação Dinâmica

No âmbito da Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar na Família 1, a sua origem situa-se no grau 3 e A.S. revela conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com as despesas familiares já que “só assim tomaríamos a decisão de ter outro filho. Quanto ao edifício residencial, a Família 1 detém um tipo de habitação grau 2, bem adaptado às necessidades atuais quer da própria quer da restante família. A Família 1 detém aquecimento

central e gás canalizado e A.S. tem conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento de água é através da rede pública e a família não tem animal doméstico.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado, pelo que estes se constituem-se como sendo um recurso para a Família 1.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal e a adaptação à gravidez. Embora só estivesse um membro da Família 1 presente no momento da consulta, ao deter o paradigma sistémico na base da prestação de cuidados de enfermagem com o foco na unidade familiar é reconhecido que a intervenção nas partes tem influência no todo.

No âmbito da satisfação conjugal, foram consideradas a relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual.

No que se refere à relação dinâmica, A.S. revela estar satisfeita com a partilha de tarefas domésticas: “Estou tranquila com a forma eu e o D.Q. dividimos as tarefas domésticas. É algo natural, onde cada um contribui de acordo com as nossas habilidades e disponibilidade”. À questão reflexiva “como é que essa partilha de tarefas tem afetado positivamente a sua vida no geral?”, A.S. revela que “nunca pensei sobre isso. Nunca foi, na verdade, um problema para nós. É claro que podemos discordar uma ou outra vez ou até ficar impacientes se isto ou aquilo não está feito, mas rapidamente damos a volta. É-nos natural ver e fazer. Concordamos que devemos ser um exemplo para o S.Q. e isso está acima de qualquer outra coisa e sabemos que seria uma perda de tempo discutir sobre quem faz o quê. Assim conseguimos o melhor, que é ter tempo para os dois e para o S.Q.”. O elogio foi imediato após a sua resposta no sentido de enaltecer a relação conjugal e familiar: “devo dar-lhe os meus parabéns pela fantástica forma como interpretam esta partilha de tarefas. De facto estão a ser um ótimo exemplo para o S.Q. e tenho a certeza que ele é o menino doce que é por vos ter como exemplo! É inspirador ver como vocês conseguiram criar um ambiente harmonioso e saudável”. No que diz respeito à satisfação de A.S. com o tempo que passa com D.Q., utilizaram-se questões de escala, o questionamento circular e questões reflexivas no sentido de identificar interações entre os membros do casal e oferecer novas perspetivas da relação dos mesmos: “ (...) considerando a vossa relação desde o início até agora, como se sente, de 0 a 10 onde zero é muitíssimo pior e 10 é muitíssimo melhor, face ao tempo que partilham um com o outro, a sós? E como acha que D.Q. se sente?”, cuja resposta foi “é claro que o tempo que passamos a sós desde o nascimento do S.Q. não é mais

do que o que era... mas se isso teve influência na nossa relação? Não, não acho que tivesse. Muito pelo contrário, desde o nascimento do S.Q. que estamos mais unidos! Portanto eu diria um 8 porque me sinto muito melhor com a qualidade do tempo, embora não passemos mais tempo juntos do que antes. Quanto àquilo que o D.Q. acha, acredito mesmo que ele partilhe da mesma opinião que eu, pelo menos é o que ele me faz sentir”.

No sentido de obter dados sobre a comunicação no casal, colocou-se a questão “sente que expressam exatamente aquilo que sentem e como se sentem um ao outro?” e A.S. respondeu que “sem dúvida. Eu e o D.Q., por uma série de circunstâncias, tivemos que nos unir e só o conseguimos depois de sabermos partilhar tudo um com o outro incluindo o que sentimos”. Posteriormente, foi questionado se “quando há discordância de opinião, conseguem chegar a acordo?”, ao qual A.S. respondeu que “sim, habitualmente sim. Claro que pode haver uma ou outra vez que eu fico com a minha e ele com a dele, mas isso não tem influência, são raras as vezes mesmo. Por exemplo, a... eu e a minha mãe... bom, a relação entre nós não é fácil. Nunca foi. Mas às vezes eu e o D.Q. temos algumas discórdias sobre ela passar tempo ou não com o S.Q.. Cada um de nós tem a sua ideia, mas a verdade é que, depois de explicarmos o que cada um sente, chegamos os dois à mesma conclusão”. Validando com A.S. a interpretação destes dados, concluímos que na perspetiva de A.S. o casal conversa sobre as suas expectativas, sobre os seus receios e que estão satisfeitos em relação ao seu padrão de comunicação.

Do ponto de vista da interação sexual, foram utilizadas questões lineares no sentido de obter uma resposta concreta face ao mesmo, tais como “ (...) no decorrer da gravidez, têm mantido relações sexuais um com o outro?”, “ (...) considera que é algo importante para manter a vossa coesão?”, questões reflexivas como “ (...) têm medo ou receio da manutenção da relação sexual durante a gravidez?” e o questionamento circular “ (...) como acha que D.Q. se sente neste âmbito estando a A.S. grávida?”, “ (...) como mantiveram a vossa intimidade durante a gravidez do S.Q.?”. A.S. revelou que, duas semanas antes da consulta, tinha recorrido ao serviço de urgência por perda de sangue a nível vaginal e foi-lhes transmitida a informação de que essa mesma perda poderia estar relacionada com a relação sexual: “ (...) isso assustou-nos mesmo muito. Nunca tivemos problemas em manter a relação sexual, mas ficámos preocupados e decidimos que iríamos manter-nos íntimos mas com calma, sem penetração, pelo menos durante uns tempos (...) “. Não foram expressos nenhuns dados por parte de A.S. que direcionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Assim, considerando os dados apresentados, na perspectiva de A.S. a Satisfação Conjugal está mantida por uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz e Interação Sexual Adequada. Uma vez que não houve a possibilidade de realizar uma consulta ou contacto com o outro membro do casal e também por, na perspectiva de A.S., de acordo com as suas narrativas e validação das respetivas interpretações, todos os aspetos se constituírem como recurso, não será identificado diagnóstico neste âmbito.

Naquilo que diz respeito à área de atenção adaptação à gravidez e considerando o membro da família A.S. que, à data da consulta, estava grávida com quinze semanas de gestação, procedeu-se à avaliação das dimensões operativas relativas ao conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão.

No âmbito do conhecimento sobre direitos sociais na gravidez e da maternidade ou paternidade, nomeadamente à assistência médica, à proteção contra o despedimento, subsídio de maternidade e licença de maternidade, este foi demonstrado.

Face ao conhecimento sobre as etapas de adaptação à gravidez e alterações fisiológicas e mesmo sabendo que uma gravidez nunca é igual à outra, baseando-se naquela que foi a experiência passada poderíamos verificar fontes comparativas e fazer uma relação com a vivência da gravidez naquele momento: “ (...) como foi a experiência de gravidez do S.Q.? Como se sentiu e como foi a relação que estabeleceu com D.Q. nessa altura considerando os sintomas que teve?”, às quais se obteve a resposta de que “foi uma gravidez muito tranquila Enfermeira Leonor. Foi uma experiência positiva, eu adorei estar grávida... Algumas náuseas, alterações de humor, claro, mas até foram mais no primeiro e num pouco do segundo trimestre, como agora... mas o D.Q. foi sempre muito compreensivo e ajudou muito a que eu não me sentisse mal com os sintomas que tinha, mesmo com o S.Q.... foi como lhe disse, a nossa relação fortaleceu com a notícia da chegada do S.Q... Com esta gravidez não tem sido diferente”. Explorando um pouco mais a questão do conhecimento no âmbito das etapas de adaptação à gravidez e alterações fisiológicas, normalizou-se e reforçou-se positivamente o apoio que têm sido uns para os outros, referindo que “esta é uma fase encantadora, onde está a desenvolver um ser humano dentro de si! Esses sintomas são perfeitamente naturais considerando o trimestre em que se encontra, mas é importante que quer a A.S., quer o D.Q. e mesmo o S.Q. compreendam o que está por detrás disto por forma a se tranquilizarem uns aos outros. Vocês são muito especiais e a forma como se apoiam é a chave para a manutenção de uma família coesa!”. Face à demonstração de conhecimento sobre as alterações fisiológicas decorrentes do processo de gravidez associadas

às alterações hormonais, digestivas e musculoesqueléticas, não houve necessidade de intervir neste âmbito. Houve, no entanto, necessidade de promover o aumento do conhecimento, pelo que se ensinou sobre alterações do foro cardiovascular, respiratório e renal, bem como aquilo que seria esperado nesta fase tendo em conta o trimestre de gravidez. Foi utilizada a metáfora para enquadrar a explicitação, no sentido de facilitar a compreensão e a apreensão do conhecimento por parte do membro da família sobre as mesmas: “imagine que o útero é um balão e que, com o passar do tempo, se vai enchendo de ar. Os órgãos ao seu redor terão de reajustar o seu posicionamento por forma a fornecer espaço ao útero. Assim, ao exercer pressão, por exemplo, sobre o diafragma, que é o músculo localizado logo abaixo dos pulmões que separa o tórax da cavidade abdominal, pode causar desconforto respiratório ou sensação de falta de ar (...)”. A.S. demonstrou conhecimento sobre a necessidade de vigilância de saúde na gravidez, incluindo sobre a não imunidade à toxoplasmose já que a experiência prévia a fez absorver esse mesmo conhecimento. Também sobre o curso de preparação para o parto e parentalidade detinha conhecimento e estaria interessada em frequentar, pelo que foi referenciada para o mesmo. No que diz respeito ao conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, no sentido de promover o aumento do conhecimento sobre o mesmo, não só se ensinou como se sugeriu a utilização de uma aplicação móvel no sentido de, não só A.S. acompanhar o desenvolvimento fetal no decorrer das semanas, como partilhar essas mesmas informações com D.Q. e S.Q. no sentido de potenciar a formação de laços entre os membros da família, reenquadrando que “não é um problema não saber, problema seria se não quisesse saber. Esta é uma alternativa dinâmica de acompanhar o desenvolvimento fetal e a grande vantagem é poder partilhar com quem mais ama, inclusivamente com o S.Q. que tenho a certeza que vai achar imensa graça!”. Para além disto, utilizou-se uma metáfora, referindo que “(...) uma família é como um jardim repleto de flores onde cada flor representa um membro único e especial, que são vocês. Ao permitir que cada membro “entre” nesta gravidez, permite que todos contribuam para o crescimento da nova flor que está a caminho! Um vai regando, outro dá atenção, outro vai cuidando do solo, e só assim parece fazer sentido. O que lhe parece?”.

No âmbito da comunicação, a partilha de receios e expectativas associadas à gravidez bem como à parentalidade é, para A.S., algo “(...) natural, levamos isto com muita tranquilidade e servimo-nos um do outro para tudo o que precisamos, quer sejam receios, que é natural que existam, quer sejam as expectativas... mesmo em relação ao S.Q., eu tenho a certeza de que ele vai ser um irmão muito preocupado e atencioso e tenho a certeza que vai querer ajudar”. Foi utilizada a questão de escala “ (...) na opinião da A.S., quão importante é, de 0 a 10 onde 0 é

nada importante e 10 é muitíssimo importante, o apoio um do outro para ultrapassarem as dificuldades que possam surgir nesta fase?” obtendo a resposta “ (...) 10, sem dúvida enfermeira Leonor (...) “. A razão para a aplicação da questão de escala prendeu-se com a perceção face à importância do apoio de D.Q. para A.S., na tentativa de obter uma consciencialização por parte desta da força que têm enquanto casal e isso deter impacto no todo.

No que se refere aos comportamentos de adesão, A.S. é assídua às consultas de saúde da mulher grávida.

Em síntese, no âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, a satisfação conjugal bem como as dimensões operativas no âmbito da comunicação e comportamentos de adesão face à adaptação à gravidez, constituíram-se como uma força e recurso para a Família 1, na perspetiva de A.S.. Foi identificado o diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado sobre alterações fisiológicas e desenvolvimento fetal, pelo que a intervenção desenvolvida centrou-se na ação ensinar neste Âmbito específico, concretizando as mesmas intervenções através da utilização da metáfora e dos rituais terapêuticos. Na consulta seguinte, proceder-se-ia à avaliação do conhecimento adquirido neste âmbito.

No que diz respeito à Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando o *coping*, a interação de papéis e a relação dinâmica.

No âmbito da comunicação, no decorrer da consulta A.S. ia dando resposta às questões efetuadas no sentido de compreender o funcionamento familiar e a relação entre todos os membros da família, tendo sido o questionamento circular predominante, como por exemplo “ (...) sente que é capaz de expressar o que sente com o D.Q. e com o S.Q?”, “ (...) que impacto tem a forma como o D.Q. aborda os sentimento dele na A.S?”, “ (...) e a forma como o S.Q. os aborda?”, “ (...) como acha que D.Q. sente face à abordagem dos sentimentos por parte da A.S.?”. A.S. demonstrou-se satisfeita com a forma como todos expressam os seus sentimentos, referindo que “ (...) mesmo o S.Q., que é um menino tímido, quando não está confortável com alguma questão ele é capaz de falar e isso deixa-me muito orgulhosa dele. Sinto mesmo que ele é muito crescido para a idade que tem”. Refere igualmente que “ (...) é claro que existem momentos de discórdia, mas de uma forma geral nós somos muito tranquilos e acima de tudo respeitamo-nos e tentamos inculcar isso no S.Q. Eu sinto que é com eles que posso contar para o resto da minha vida e só desejo que o/a bebé que vem a caminho sinta o mesmo”. Face a esta partilha, elogiou o discurso e parabenizou-se A.S. pelo trabalho que tem sido desenvolvido no

contexto familiar. De facto, a percepção de A.S. sugeria uma família unida por valores partilhados por todos os membros por igual. Para finalizar, questionou-se, com o intuito de fazer A.S. refletir acerca da questão, sobre “ (...) o que é que vos faz feliz, enquanto família e na sua percepção?”, ao qual A.S. respondeu que, “ (...) aquilo que nos faz feliz, enfermeira, é termo-nos uns aos outros”.

Face ao *coping* familiar, foi possível recolher a informação de que, habitualmente, quer A.S. quer D.Q. identificam e têm iniciativa para a resolução dos problemas. Foi possível perceber, igualmente, que no sistema familiar existe a partilha das percepções de cada um e A.S. se encontra satisfeita com a forma como até aqui tem resolvido os problemas, incluindo S.Q. nessa resolução. Quando questionada se recorriam a recursos externos para a resolução de problemas, A.S. partilhou que “ (...) não. Em nossa casa nós resolvemos os nossos problemas e até agora tem corrido tudo bem. Quanto menos partilharmos com outros de fora, melhor, não nos acrescenta nada”.

No âmbito da interação de papéis não foram encontrados dados sugestivos de conflito de papéis familiares na percepção de A.S. e no que diz respeito à relação dinâmica, para A.S. não existe um elemento com maior ou menor poder na família ou coligações entre os membros. Existe união e A.S. sente-se satisfeita com a forma como é manifestada essa união. Figueiredo (2012), no que concerne aos dados de caracterização para a avaliação da relação dinâmica sugere a aplicação da Escala de Coesão e Adaptabilidade da Família – Faces II. Apesar de não ter sido implementada na sua totalidade, alguns itens serviram como atividades diagnósticas. Naquilo que diz respeito à percepção da funcionalidade da família, A.S. considera a mesma como sendo altamente funcional.

No âmbito da Dimensão Funcional foi possível identificar o diagnóstico de Processo Familiar Não Disfuncional concluindo que, na perspetiva de A.S., este se constitui uma força e recurso para a Família 1.

Para além da avaliação e intervenção familiar procedeu-se à avaliação e intervenção no membro da família, nomeadamente na A.S. No decorrer da consulta, A.S. demonstrou labilidade emocional e tristeza face à abordagem da mãe enquanto recurso da família. A vantagem da avaliação e intervenção familiar, detendo a perspetiva sistémica, é que, mesmo quando tudo aparenta estar bem e a decorrer dentro do esperado para o membro da família, o tipo de técnicas aplicadas fazem-na refletir acerca de algo que ultrapassa o agregado familiar mas que se relaciona e pode ou poderá influenciar o mesmo. Neste caso, quando questionada da relação

com a família extensa, a abordagem da palavra “mãe” e do intuito literal da palavra despoletou uma reviravolta na comunicação não-verbal, passando de um fâcies previamente alegre para triste e direcionando o olhar para o chão.

Explorando esta questão, embora A.S. estivesse a vivenciar um processo de transição familiar normativa que correspondia às suas expectativas, a relação com a mãe parecia perturbar a sua estabilidade ao referir um sentimento de desalento e falta de energia aquando da comunicação com a mãe. Por outro lado, revelou a sensação de angústia face aos comportamentos da mãe que via como sendo de controlo ou manipulação quer para com ela, quer para com os restantes membros da família, pois “ (...) eu já sei que o meu contacto com ela vai abrir espaço para ela se meter onde não é chamada. Há coisas que são só nossas e ela insiste em ter controlo dessas coisas. Isso deixa-me acelerada, começo a pensar e a ficar com medo que ela use o S.Q. para chegar a mim.”, “ (...) é muito triste eu saber que ela é minha mãe e ter atitudes como as que tem, deixando-me num estado gigante de angústia”.

Foi identificado o diagnóstico de Ansiedade que, segundo o ICN (2023), corresponde a uma “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. O objetivo seria melhorar a ansiedade, cujas intervenções passaram por avaliar essa ansiedade, identificar fatores potenciadores da mesma, disponibilizar suporte emocional, escutar A.S. e definir estratégias para melhorar a ansiedade.

Recorreu-se ao conhecimento sobre Modelo Transteórico de Mudança Comportamental proposto por Prochaska et al. (1992) a par com a entrevista motivacional (EM).

Prochaska e DiClemente, em 1982, desenvolveram o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, que mais tarde sofreu alterações no que respeita aos estádios de mudança comportamental, passando a deter cinco estádio: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Prochaska et al., 1992). Para Miller and Rollnick (1996), a EM trata-se de uma estratégia utilizada no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa provocando mudanças no seu comportamento e ajudando-a a explorar e a resolver as ambivalências sentidas ou percecionadas. A motivação para a mudança vem da pessoa e não pode prevalecer sem a existência desta vontade. Tem como princípios fundamentais a expressão de empatia, a identificação de discrepâncias, a gestão da resistência à mudança, o evitamento de confrontos diretos, a promoção da confiança e da capacidade da pessoa, a execução de questões abertas e reflexão e sintetização dos aspetos chave (Miller & Rollnick, 1991). Assim, a implementação da EM no âmbito da consulta pretende aliar as características inerentes ao

estádio de mudança comportamental com as tarefas motivacionais com o intuito de aumentar a motivação da pessoa para a mudança.

A.S. encontrava-se no estágio de Contemplação, onde mesmo estando consciente da existência de um problema, ainda não estava decidida a alterar comportamentos para a mudança: “(...) se isto é um problema para mim? É claro que sim... quem me dera que as coisas fossem diferentes...”, “Já procurei ajuda de um psicólogo para mim e para ela porque ela é mesmo controladora e manipuladora, não tendo noção de que o é”, “Isto não vai mudar e eu não tenho capacidade para ter uma conversa com ela sobre isto porque ela não vai entender o que eu quero dizer, vai dizer que a estou a criticar, que faço sempre o mesmo... eu não vou voltar a ter uma conversa com ela sobre isto tão cedo, não vale a pena.”.

No decorrer da EM valorizou-se A.S. por alcançar a tranquilidade e a harmonia, tendo sido questionada sobre como se sentia face ao mesmo: “ (...) gostava que as coisas fossem diferentes, enfermeira, e não me sinto mais capaz de tentar fazer com que as coisas sejam diferentes. Aceito e pronto...”. Dando continuidade, A.S. foi questionada se “ (...) a mãe foi sempre assim? Como era antes do seu casamento e como está agora?” para se compreender o que é que, na perspetiva de A.S., pode ter despoletado o comportamento da mãe de A.S. e fazer a relação com o momento prévio, ao qual respondeu que “Enfermeira, a minha mãe é assim desde a minha adolescência. Acho que piorou um pouco depois de eu estar com o D.Q. porque passo menos tempo com ela e porque agora tenta chegar até mim através dele e do S.Q”. No entanto, após questionada se “ (...) tem receio de, ao não concretizar este objetivo de diminuir esta angústia, isto tenha impacto na sua dinâmica familiar? Isto tem impacto na relação entre a A.S. e o D.Q? Ou até mesmo entre vocês os três, incluindo o S.Q.?” com o intuito de perceber o impacto que isto pode ter na coesão familiar, motivando para a concretização do objetivo, A.S. respondeu que “ (...) felizmente, enfermeira, tenho uma família que me apoia. No outro dia o S.Q. deixou-me tão, tão orgulhosa. A minha mãe tinha ficado com ele e estavam no carro. Ela ligou-me e passou-me o telefone ao S.Q.. Eu percebi que ela estava a tentar influenciar o S.Q. a ficarmos para jantar, mas ao telefone o S.Q. só disse que “ (...) a mãe é que sabe se quer ficar a jantar ou não”. Isto deu-me alento, sabe? Senti que ele me estava a tentar proteger e que já tinha percebido a intenção da avó”. Foi realizada uma questão hipotética no sentido de promover a projeção da pessoa para um cenário possível e, a partir daí, poder motivar a pessoa a passar do estado atual para o hipotético: “E quais seriam as implicações no futuro?”. A.S. respondeu que

“neste momento não penso nem quero dedicar tempo a pensar nisso enfermeira. Dedico demasiado tempo à minha mãe”.

Apesar de, previamente, a sua mãe ter sido um recurso “ (...) ela já me ajudou muito em tempos, financeiramente até, e eu tenho muito a agradecer-lhe... mas depois vem cobrar essa ajuda, percebe? É este tipo de pessoa que ela é...”, neste momento “ (...) mesmo que precisasse, ela seria o meu último recurso”. Contudo, por detrás desta abordagem pode estar igualmente intrínseca a noção de lealdade familiar. O não cumprimento das expectativas familiares pode levar o membro da família a sentir-se culpado, constituindo-se como uma força secundária de regulação do sistema familiar. A partir do momento em que está intrínseca à pessoa, a lealdade passa a ser uma atitude individual indo para além da sua identificação com a família de origem e as exigências desta passam a determinar o comportamento da pessoa de acordo com estas expectativas (Gabel & Soares, 2006). Face a esta afirmação, questionou-se se A.S. teria alguma atitude para com a mãe para que ela se sentisse valorizada, ao que A.S. responde que “ (...) eu nunca fui mal-agraçada, sempre lhe agradeci toda a ajuda. Eu não seria a pessoa que sou hoje se não tivesse a ajuda dela e já houve momentos em que lhe referi isso mesmo” tendo sido explanado a A.S. que, por vezes, a atribuição de valor ao comportamento do outro poderia aumentar o seu sentimento de suficiência podendo resultar numa diminuição do comportamento de controlo.

Refletindo acerca dos dados obtidos e atendendo ao conceito de autocompaixão, A.S. aceita o seu sofrimento de forma espontânea e natural, como algo que faz parte da vida dela, percebendo que este faz parte da condição humana (Santos & Cunha, 2012). No momento da consulta, A.S. não estaria pronta para a decisão de mudar, no entanto face ao mecanismo interno relacionado com a autocompaixão esta alia-se às forças e recursos que tem, nomeadamente a família nuclear, autotranquilizando-se perante as dificuldades que lhe são apresentadas na vida. Foi possível perceber que a causa da sensação de angústia estava relacionada com a perceção de controlo constante por parte da mãe, direta e indiretamente.

Para a consulta seguinte, não concretizada, planeou-se a avaliação de resultados face às intervenções implementadas na primeira consulta no âmbito do diagnóstico identificado, inserindo, se assim fizesse sentido, a sugestão da realização de uma balança decisional no sentido de ponderar quais as vantagens e as desvantagens de manter a ansiedade associado ao comportamento da mãe, quer para A.S., quer para o casal, quer para a família. Para além disso, ponderar igualmente as vantagens e desvantagens da diminuição da ansiedade e, por fim,

aplicar a balança no sentido de perceber quais as vantagens e desvantagens da abordagem direta à mãe através de um diálogo, confrontando-a com as respostas prévias. As ações que concretizariam as intervenções passariam por reforçar a autoeficácia, apoiar e valorizar as capacidades para alcançar a mudança e, quando estivesse pronta para alterar comportamentos, definir o momento e as metas a atingir. Importa assegurar que a mudança será sempre considerando aquilo que é o melhor para ela própria.

Considerando que o casal tem um filho de cinco anos, o papel parental poderia ter sido, igualmente, avaliado. No entanto, face ao tempo disponível para a realização da consulta e a narrativa de A.S., não foi possível avaliar tal dimensão.

Família 2

Foram desenvolvidas três consultas na USF com a Família 2. Na primeira consulta esteve presente a mulher grávida (M.A.) e um membro da família extensa, a sua mãe. Na segunda e terceira consultas esteve presente um membro da família: M.A..

No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares ao membro da família presente na consulta. O genograma, abaixo representado pela Figura 3, explana esses dados.

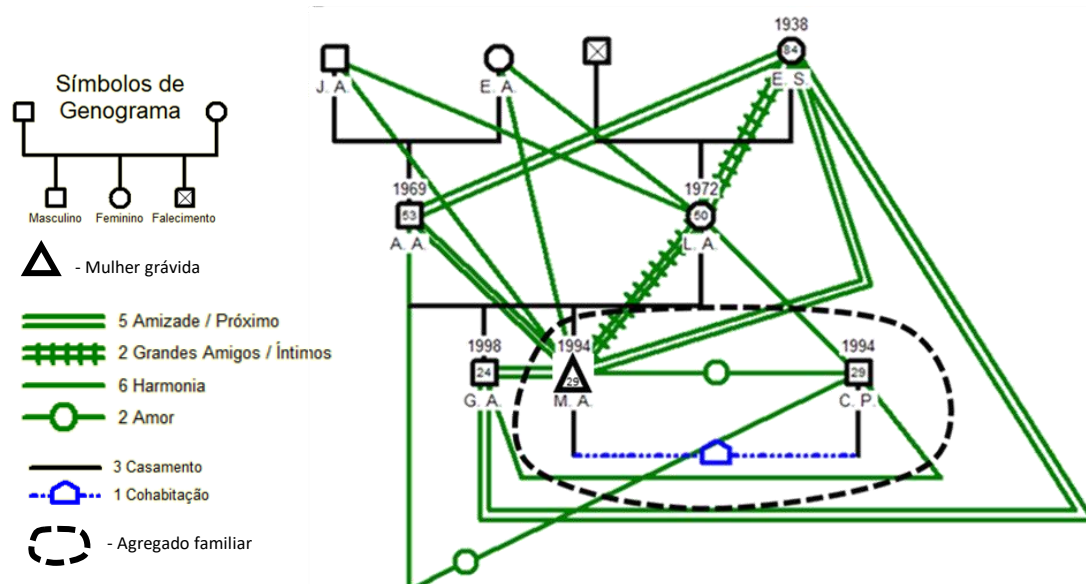


FIGURA 3: Genograma da Família 2 e respetiva legenda de símbolos

A Família 2 é um casal que detém o subsistema conjugal presente e que inclui M.A. e C.P., ambos de 29 anos. M.A. está grávida do primeiro filho do casal.

Com a família extensa, M.A. revela que os membros do casal têm um contacto regular e muito próximo, pessoal e/ ou telefonicamente com G.A., L.A., A.A. e E.S.. M.A. refere que, em particular L.A., serve como apoio emocional, guia cognitivo, conselheiro e com ajuda material e de serviço. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, o membro da família refere ter um vínculo forte com os amigos e com o trabalho, referindo que “ (...) só vou deixar de trabalhar mesmo quando não conseguir mais, sinto-me bem ainda, gosto muito do que faço e aproveito para conviver e estar distraída”. Refere ainda manter um vínculo intermédio quer com a instituição de saúde USF.

A família pertence a uma classe social média, onde ambos detêm o 12º ano de escolaridade, associado a uma profissão de grau 3. A origem do rendimento familiar de um dos membros provém de vencimentos certos e detêm um andar em bom estado de conservação num bom local para residência. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 2 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no Quadro

2.

QUADRO 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
<i>Dimensão Estrutural</i>	Rendimento Familiar	✓ Origem do Rendimento
		✓ Conhecimento e capacidade de Gestão
	Edifício Residencial	✓ Tipo de Habitação
		✓ Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	✓ Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		✓ Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
<i>Dimensão de Desenvolvimento</i>	Abastecimento de Água	✓ Utilização de rede pública/ privada
	Animal Doméstico	
	Satisfação Conjugal	✓ Relação Dinâmica
		✓ Comunicação
		✓ Interação Sexual
		✓ Função Sexual
	Adaptação à Gravidez	✓ Conhecimento
		✓ Comunicação
		✓ Comportamentos de Adesão
<i>Dimensão Funcional</i>	Processo Familiar	✓ Coping
		✓ Interação de papéis
		✓ Relação Dinâmica

No âmbito da Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar, a sua origem situa-se no grau 3 e M.A. revela conhecimento e capacidade para gerir o rendimento do casal de acordo com as despesas familiares, referindo não sentir dificuldade na gestão do dinheiro já que “ (...) dá para o essencial e se não podermos gastar noutras coisas não gastamos, só no prioritário como alimentação, transportes, despesas e agora com a chegada do bebé” e “ (...) não vejo como sendo algo que me preocupe, tenho o apoio dos meus pais caso necessite”. Quanto ao edifício residencial, a Família 2 detém um tipo de habitação grau 3, bem adaptado às necessidades atuais dos membros do casal. A Família 2 detém aquecimento central e gás canalizado e M.A. tem conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. O casal tem um gato como animal doméstico, vacinado e desparasitado e M.A. revela estar atenta, “ (...) especialmente nesta fase porque não estou imune à toxoplasmose”.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado, pelo que estes se constituem como um recurso para a Família 2.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal e a adaptação à gravidez.

Face à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual tendo em conta a perceção do membro da família M.A.

No âmbito da relação dinâmica, M.A. foi questionada de forma linear sobre como se sentia com a partilha das tarefas domésticas, já que o seu marido, C.P., se encontra ausente de segunda a sexta-feira por motivos de trabalho, e se essa partilha influenciava o seu nível de stresse e sobrecarga, tendo revelado que “ (...) apesar da ausência dele durante a semana, não me sinto sobrecarregada com nada, a minha mãe tem-me ajudado imenso com as refeições até porque eu continuo a trabalhar, mas não sujo grande roupa, não tenho grandes preocupações com a casa. Quando tenho o C.P. ele faz um esforço consciente para ajudar, seja a cozinhar, a arrumar e sim, sinto que estamos em sintonia e que naturalmente fazemos as coisas... Isso claro que alivia muito o meu cansaço e permite-me descansar e ter tempo para nós”. Quanto ao tempo que passam juntos, utilizaram-se questões de escala, questionando se, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeita e 10 é muitíssimo satisfeita, como é que M.A. se sentia em relação a esta questão e como é que lida com a limitação de tempo por forma a garantir que seja um tempo de qualidade.

M.A. respondeu que, de facto, “ (...) o tempo que estamos juntos, para nós é sempre pouco. A vantagem, eu acho, é que quando estamos juntos valorizamos e aproveitamos intensamente o tempo. Não nos focamos muito naquilo que não interessa e aproveitamos para estar com a família, com os amigos, um com o outro... Os fins-de-semana são sempre bons, enfermeira. E depois já estamos mais do que habituados, já é assim há muitos anos”. Quanto ao “ (...) que não interessa”, questionou-se o que significaria esta expressão em concreto, ao qual M.A. respondeu que “ (...) são coisas como cuidar da casa, discussões por causa da roupa, ou disto, ou daquilo, coisas que não têm especificamente a ver connosco...”. Considerando a resposta e o facto de estarem afastados um do outro durante a semana, questionou-se sobre a existência de alguma atividade em particular que gostassem de realizar quando estão juntos, ao qual M.A. respondeu “ (...) passear, jantar fora, ir ao cinema... o que nos apetecer naquele momento”. Face a isto, reforçou-se a importância dos rituais familiares na manutenção da coesão familiar, referindo que “ (...) fazer exatamente aquilo que desejam fazer nesses momentos é igualmente favorecedor dessa coesão”. Para além disto, reforçou-se que “ (...) algo que ajuda outros casais e que vos pode ajudar muito a manter os vossos laços é terem um momento, no dia em que selecionarem, até pode ser durante a semana em chamada de vídeo, por exemplo, para expressarem a gratidão de se terem um ao outro. Antes de dormir, partilhem três coisas pelas quais são gratos naquele dia. Isso pode ajudar-vos a manter o foco nas coisas positivas e fortalecer o vosso vínculo emocional. O que lhe parece?”. Face à forma partilham os seus sentimentos, utilizou-se o questionamento linear e circular para dar resposta às atividades diagnósticas. Assim, foi questionada sobre “ (...) como é que expressa aquilo que sente ao C.P.?”, “ (...) como é que o C.P. reagiu e expressou o que sentia quando souberam que iam ser pais? A forma como o fazem agora é diferente da que era antes?”, “ (...) como é que acha que o C.P. se sente face à forma como a M.A. expressa os seus sentimentos?”, “ (...) e como é que a M.A. se sente quando o C.P. partilha os sentimentos dele e quanto à forma como ele o faz?”. M.A. respondeu que “ (...) o C.P. ficou absolutamente feliz, abraçou-me, beijou-me, foi uma festa autêntica! Era algo que queríamos muito e aconteceu! Não sei, sinto-nos mais próximos do que nunca, claro, estamos mesmo felizes!”, “ (...) normalmente eu digo-lhe o que sinto, seja bom ou mau. Digo o que sinto em relação a ele, à nossa relação... não sei bem se é da forma que ele gostaria, acho que nunca falei sobre isso... mas ele retribui e eu sinto-me bem com isso. Na verdade cada um é como é e damos-nos bem com isso, temos respeito um pelo outro, acima de tudo”. Face à expressão de emoções negativas, M.A. revela que “ (...) falo com ele sobre tudo, inclusivamente sobre o que me incomoda, claro. Acho que é por isso também que nos damos

bem, comunicamos muito um com o outro. Ele estar longe ainda propicia mais a isso”. Posto isto, elogiaram-se as respostas oferecidas e parabenizou-se M.A. pela relação que estaria a construir com C.P.

Naquilo que diz respeito à comunicação foi utilizado o questionamento linear e circular: “ (...) conversam sobre as vossas expectativas para o futuro a dois?”, “ (...) como acha que o C.P. se sente com a forma como vocês comunicam?”. M.A. divulgou que “ (...) especialmente nesta fase, quer eu quer ele falamos sobre o que queremos e não queremos para o futuro, para o nosso e para o do bebé, pensamos e falamos cada vez mais nisto e sim, noto que o fazemos mais agora do que antes. Acho que ele, assim como eu, estamos tranquilos e satisfeitos com a relação que temos e com a forma como falamos e abordamos os problemas”. Mesmo quando existe discordância de opiniões, “ (...) somos ambos adultos e sim, habitualmente não ficamos muito tempo com as coisas para nós e resolvemos o que precisamos”, revelando estar satisfeita com aquela que é a forma como comunicam entre eles.

Face à interação sexual, foram utilizadas questões lineares no sentido de perceber o conhecimento sobre a manutenção das relações sexuais durante a gravidez e a satisfação de M.A. com o padrão de sexualidade do casal. Assim, M.A. revela que “ (...) não temos tido nenhum problema com essa questão, mantemos as relações sexuais até porque as saudades aos fins-de-semana são muitas”. Para além disso “ (...) sim enfermeira temos mantido as relações porque quer a enfermeira quer a médica já nos tinham dito que não havia qualquer problema e eu tenho-me sentido bem”. Não foram expressos nenhuns dados por parte de M.A. que direcionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Posto isto, na perspetiva de M.A. e face aos dados obtidos no âmbito da satisfação conjugal, o casal mantém uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz e a Interação Sexual Adequada, o que se traduz como sendo uma força e recurso da Família 2.

Naquilo que diz respeito à área de atenção adaptação à gravidez, à data da primeira consulta M.A. estava com vinte e uma semanas e três dias de gestação. Na segunda consulta, estava grávida de vinte e cinco semanas e dois dias de gestação e na última consulta estava grávida de vinte e nove semanas e dois dias de gestação. Assim, procedeu-se à avaliação das dimensões operativas relativas ao conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão.

No âmbito do conhecimento sobre direitos sociais na gravidez e da maternidade ou paternidade, nomeadamente no que respeita à assistência médica, ao subsídio de maternidade e licença de maternidade, foi aplicado o questionamento linear. M.A. já detinha conhecimento sobre os temas e não tinha dúvidas para ver esclarecidas pelo que não houve necessidade de intervir.

Face ao conhecimento sobre as etapas de adaptação à gravidez e sobre a nova fase do ciclo vital, foi utilizado o questionamento linear e estratégico: “ (...) o que é que a M.A. sabe sobre as diferentes etapas de adaptação à gravidez?”, “ (...) como é que se sentia no primeiro trimestre e o que sente de diferente neste momento?”, “ (...) o que é que desde a gravidez até agora mudou na M.A.?”. Houve alguma hesitação nas respostas a estas questões, pelo que se promoveu o aumento do conhecimento, ensinando sobre as mesmas, nomeadamente sobre a adaptação às mudanças físicas já que estas “ (...) são normais e fruto do processo que está a vivenciar de gravidez, mas é de extrema importância que as reconheça como fazendo parte daquela que é a beleza da natureza”, à criação de vínculo com o bebé pois “ (...) nesta fase já sente os seus movimentos, ele vai reconhecendo a voz da M.A. e a do C.P., sendo esta uma altura significativa para o desenvolvimento de uma conexão emocional entre vocês enquanto casal bem como entre a M.A. e o bebé” e aos ajustes emocionais “ (...) que já pode ter sentido e que são fruto das alterações hormonais, psicológicas e até das mudanças físicas que está a enfrentar”. No que diz respeito ao conhecimento sobre as alterações fisiológicas da gravidez, promoveu-se o aumento do conhecimento sobre estas ao ensinar sobre alterações hormonais, digestivas e musculoesqueléticas, alterações do foro cardiovascular, respiratório e renal, bem como aquilo que seria esperado nesta fase tendo em conta o trimestre de gravidez. Foi utilizada a metáfora para enquadrar a explicitação, no sentido de facilitar a compreensão e a apreensão do conhecimento por parte do membro da família sobre as mesmas: “Imagine que, neste momento, o seu corpo é um jardim. Antes da gravidez, o jardim já era bonito, mas agora está a transformar-se, tal como a chegada de uma nova estação. No início da primavera, cada flor é única e representa o desenvolvimento do bebé. A M.A. fornece nutrientes especiais para a sua flor em crescimento. Certifica-se de que o solo está rico em nutrientes, regula a quantidade de água necessária, mantém corpo hidratado para garantir o crescimento saudável e à medida que a gravidez avança, o jardim passa por mais mudanças. O tempo e a paciência são a chave porque as mudanças não param de acontecer!”. Também fruto da necessidade de aumentar o conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, foi sugerido o acompanhamento do mesmo através da aplicação móvel, no sentido de manterem, igualmente, a coesão relacional. Foi normalizado e assegurado que “não é esperado que saiba tudo, no entanto desta forma poderá

acompanhar e imaginar o crescimento do seu bebê, juntamente com o C.P., ao mesmo tempo que aprendem sobre as diferentes fases de desenvolvimento. Podem, por exemplo, ao sábado ou domingo, juntos, abrir a aplicação e interpretar o crescimento do bebê nesse momento. O que lhe parece?”. Este ritual foi validado positivamente e executado, produzindo resultados na consulta seguinte. M.A. não só melhorou o conhecimento sobre desenvolvimento fetal como foi percebida uma melhoria da coesão familiar. No que se refere ao conhecimento sobre a vigilância de saúde na gravidez, M.A. detinha conhecimento sobre a necessidade de ser vigiada e os sinais e sintomas de alerta a que deveria estar atenta na fase em que se encontrava. No entanto, face à não imunidade para a toxoplasmose houve necessidade de promover o aumento do conhecimento, ensinando sobre os sinais e sintomas. Também face ao resultado anormal dos dados analíticos da prova de tolerância à glicose e do diagnóstico médico de Diabetes Gestacional, houve necessidade de intervir no âmbito do conhecimento sobre autogestão do regime dietético e de exercício, bem como do conhecimento sobre a prevenção de complicações do compromisso da glicemia. Estando M.A. consciencializada da relação entre a dieta e o controlo da glicemia, da relação entre o exercício físico e o controlo da glicemia, atribuindo um significado não dificultador ao compromisso da glicemia, detendo capacidade para vigiar a glicemia e acesso aos dispositivos para monitorizar os valores, pretendeu-se aumentar o conhecimento nas áreas descritas como comprometidas, ao ensinar. Relativamente ao curso de preparação para o parto e parentalidade, M.A. já detinha conhecimento sobre o mesmo, tendo sido, após validação positiva, referenciada para o mesmo.

Naquilo que diz respeito à comunicação, começou-se por questionar de forma linear se M.A. tinha receios associados à gravidez e/ ou à parentalidade. M.A. respondeu que “ (...) sim, acho que é normal ter receio em relação ao parto, por exemplo, e vai sempre existir a dúvida se vamos saber educar bem o nosso filho, se vamos ser capazes de responder às necessidades dele...”. Normalizou-se, referindo que “ (...) é perfeitamente compreensível existir esse receio do inesperado, de algo pelo qual nunca passou e que deseja que corra muito bem, só significa que é uma pessoa preocupada, consciente e responsável já que só quer o melhor para o vosso bebê”. De seguida foi questionado se essas preocupações eram partilhadas com C.P. e que receios eram partilhados da parte dele. Segundo M.A., estes temas eram abordados com C.P. e também ele refere sentir-se preocupado com o parto, no entanto pretende estar presente e apoiar M.A. sempre que possível. No sentido de potenciar a autoperceção de competências, foram realizadas questões de escala, tais como “ (...) numa escala de 0 a 10, onde 0 é nada confiante e 10 é muitíssimo confiante, quão confiante está em relação às suas habilidades como mãe?”, ao

qual respondeu que “ (...) talvez um 7 ou 8, não sei bem... é difícil...”. De seguida, “ (...) numa escala de 0 a 10, onde 0 é nada apoiada e 10 é muitíssimo apoiada, quão apoiada se sente pela sua mãe, que é alguém em quem confia? E pelo C.P.?”, respondendo que “ (...) não há dúvida que é um 10”. Com estas questões, pretendeu-se oferecer a perspetiva a M.A. de que, mesmo que não se sinta totalmente confiante para exercer o papel de mãe, sentia-se plenamente apoiada por membros da sua confiança e esse apoio poderia servir para potenciar a sua autoconfiança “ (...) apoiando-se mutuamente nesta fase, o caminho só pode ser de muito sucesso!”, reforçando a ideia com a seguinte metáfora: “ (...) imagine-se como uma semente prestes a germinar. Tem dentro de si um potencial incrível que vai dar vida a algo maravilhoso. A verdade é que quem a rodeia também acredita em si, são jardineiros muito aplicados que a vão orientar!”. No que se refere aos comportamentos de adesão, M.A. é assídua às consultas de saúde da mulher grávida e, como referido previamente, já se encontra referenciada para frequentar as aulas de preparação para o parto e parentalidade.

Em suma, face aos dados apresentados na primeira consulta, no âmbito da Dimensão de Desenvolvimento foram identificadas forças associadas à relação dinâmica, comunicação e interação sexual no âmbito da satisfação conjugal e à comunicação e comportamentos de adesão no âmbito da adaptação à gravidez. Foi identificado o diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado, pelo que o objetivo passou por aumentar o conhecimento sobre etapas de adaptação à gravidez, sobre a nova etapa do ciclo vital, alterações fisiológicas, desenvolvimento fetal e vigilância de saúde, concretizando as intervenções através de ensinamentos prestados com a utilização da metáfora, dos rituais terapêuticos e do questionamento estratégico. Na segunda consulta procedeu-se à verificação do conhecimento adquirido, dando lugar ao conhecimento demonstrado. Assim, no final da terceira consulta, que a satisfação conjugal, quer a adaptação à gravidez constituíram-se como uma força e recurso para a Família 2, na perspetiva de M.A..

No que se refere à Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica.

M.A. revelou, através do questionamento circular, que quer ela, quer C.P. identificam os problemas, sendo que “ (...) é claro que pode haver discussões uma ou outra vez, mas nós rapidamente nos resolvemos, às vezes parte dele, outras vezes parte de mim”. Pretendeu-se que M.A. oferecesse um exemplo sobre uma experiência anterior positiva na resolução de

problemas, no entanto M.A. não se recordou. Assim, questionou-se de forma linear se M.A. “ (...) se sente satisfeita com a forma como são discutidos e abordados os problemas com C.P. e se utilizam ou já utilizaram recursos externos para a resolução dos mesmos”, ao qual M.A. responde estar satisfeita e que “ (...) falarmos um com o outro tem sido suficiente, até então não recorremos a mais nada”.

No que concerne à interação de papéis, não foram encontrados dados sugestivos de conflitos de papéis familiares na percepção de M.A. e no que diz respeito à relação dinâmica esta não reconhece discrepância de poder com C.P. Existe união e M.A. sente-se satisfeita com a forma como esta é manifestada. Naquilo que diz respeito à funcionalidade da família, após a aplicação da escala a M.A., o resultado traduziu que, para este membro, a sua família é altamente funcional, obtendo a classificação total de 9 pontos (atribuição de 1 ponto ao critério “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”).

Considerando os dados apresentados no âmbito da Dimensão Funcional, foi identificado o diagnóstico de Processo Familiar Não Disfuncional, constituindo-se como uma força e recurso para a Família 2.

Família 3

Foram realizadas quatro consultas na USF com a Família 3. Na primeira, terceira e quarta consultas, esteve presente a mulher grávida. Na segunda consulta esteve presente, juntamente com esta, o seu companheiro e pai do bebé que irá nascer. Foram obtidos dados relativos à composição familiar através do questionamento linear ao membro da família presente na primeira consulta, ficando os dados obtidos explanados no genograma abaixo representado pela Figura 4.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 3 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no Quadro 3.

QUADRO 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 3, por dimensões de avaliação

<i>Dimensões de Avaliação</i>	<i>Áreas de Atenção</i>	<i>Dimensões Operativas Avaliadas</i>
<i>Dimensão Estrutural</i>	Rendimento Familiar	✓ Origem do Rendimento
		✓ Conhecimento e capacidade de Gestão
	Edifício Residencial	✓ Tipo de Habitação
		✓ Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	✓ Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		✓ Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
<i>Dimensão de Desenvolvimento</i>	Abastecimento de Água	✓ Utilização de rede pública/privada
	Animal Doméstico	✓ Presença ou ausência
	Satisfação Conjugal	✓ Relação Dinâmica
		✓ Comunicação
		✓ Interação Sexual
		✓ Função Sexual
	Adaptação à Gravidez	✓ Conhecimento
		✓ Comunicação
		✓ Comportamentos de Adesão
<i>Dimensão Funcional</i>	Processo Familiar	✓ Comunicação
		✓ Coping
		✓ Interação de papéis
		✓ Relação Dinâmica

Face à Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar na Família 3, a sua origem situa-se no grau 4 e A.M., no que respeita à gestão financeira, refere não sentir dificuldade na gestão do dinheiro. Quem assume grande parte dessa responsabilidade é M.J.M. e o seu irmão, J.M., mas sempre que podem ou é necessário, A.M., L.M. e agora D.J. colaboram no pagamento das despesas. Estes dados foram obtidos através do questionamento linear. Detêm um tipo de habitação grau 3, bem adaptado às necessidades atuais da família. Sobre o aquecimento central e gás canalizado, A.M. revela ter conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. A família tem um gato como animal doméstico, vacinado e desparasitado e A.M. refere que estar “a ter todos os cuidados necessários, a usar luvinhas e assim para limpar tudo” já que não é imune à toxoplasmose.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado, pelo que estes se constituem como um recurso para a Família 3.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento e considerando as suas áreas de atenção, foram avaliadas a satisfação conjugal e adaptação à gravidez, considerando os membros do casal A.M. e D.J..

Face à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual.

No âmbito da relação dinâmica, foram questionados individualmente e de forma linear e circular sobre a satisfação com o tempo que passam juntos, uma vez que esta se trata de uma família alargada. D.J. mudou-se recentemente para casa da mãe de A.M., pelo que foi questionado sobre “ (...) como se tem sentido com esta mudança?”, “ (...) na sua perspetiva, esta mudança teve algum impacto na vossa relação?”, “ (...) o que é que mudou?”, “ (...) e na sua perspetiva, A.M.?”, direcionando as mesmas questões para A.M.. Para além disso, foram questionados sobre “ (...) como é que acha que A.M./D.J. se sente face à mudança e tendo em conta a gravidez?”. Os membros do casal foram ao encontro das respostas um do outro, referindo A.M. que “ (...) honestamente isto foi a melhor coisa que aconteceu, agora estamos mais vezes juntos, falamos mais, ele tem mais contacto com as minhas emoções e com as alterações dessas emoções, o que é bom”, acrescentando que “ (...) acho que o impacto que teve foi melhor do que o que contávamos, falo por mim”, “ (...) ele deve sentir mais ou menos o mesmo, porque a verdade é que tem sido mesmo paciente comigo, a verdade é essa, eu tenho estado mesmo muito sensível e ele atura as minhas coisas”. Questionou-se D.J. relativamente ao que ele sentia ao ouvir A.M. dizer isto, ao qual D.J. respondeu que “ (...) eu vim do Brasil, não tinha ninguém cá e a A.M. me ajudou muito. A gravidez não estava planejada mas eu fiquei muito feliz, ela sabe. Já queria algo assim há muito!”, “ (...) a mãe da A.M. tem me ajudado imenso também, eu continuo trabalhando mas ajudo no que posso, quer a A.M. quer a mãe dela”, “ (...) esta mudança teve um impacto bem grande na nossa vida mas eu estou muito feliz, acho que isso foi bom para os dois”. Quando questionados sobre o tempo que passam juntos, D.J. responde que “ (...) agora claro que passamos mais tempo juntos, isso é bom e acho que ela também concorda”, tendo A.M. concordado com esta afirmação. A questão seguinte foi direcionada a A.M. utilizando o questionamento de escala “ (...) de 0 a 10, onde 0 é pouquíssimo satisfeita com

o tempo que passam juntos e 10 é muitíssimo satisfeita, como se sentia antes e como se sente agora?”, tendo A.M. respondido “ (...) ui, antes era talvez um 7 e agora é um 9, nem se compara”. Quanto à forma como expressam os sentimentos um ao outro “ (...) de que forma é que dizem um ao outro o que sentem?”, “ (...) A.M., habitualmente revela aquilo que sente ao D.J.? E o D.J.?”. De forma divertida, A.M. revelou que “ (...) às vezes eu fico meia calada quando estou meia chateada, mas ele percebe logo! A minha sorte é que ele é menos orgulhoso que eu e dá mais vezes o braço a torcer, por isso é que corre bem”, “ (...) mas ultimamente até tenho dito mais vezes o que sinto, também porque as minhas emoções estão à flor da pele, e ele tem sido mesmo, mesmo paciente”. D.J. concordou com A.M. revelando que “ (...) é mesmo isso, ela fica bem caladinha, amuada, esperando que eu vá falar com ela. Mas ela está atravessando muitas alterações, tenho que compreender”. Assim, questionou-se “ (...) então, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeitos e 10 é muitíssimo satisfeitos, onde se colocariam quando falam da vossa satisfação com a expressão de sentimentos um ao outro?” tendo D.J. e A.M. respondido um 9. De imediato, a questão colocada foi “ (...) mas então o que poderiam fazer para atingir o 10?”, cuja resposta de A.M. foi “ (...) eu ficar menos amuada, mas tenho a desculpa de estar com as alterações hormonais não é?”, tendo D.J. concordado e sorrido um para o outro. Parabenizou-se o caminho que ambos estavam a percorrer, elogiando e reforçando que “ (...) vocês são um casal muito forte e eu tenho a certeza que irão ser pais excelentes”.

A par com as questões previamente realizadas, foram igualmente questionados se conversam habitualmente sobre os receios e as expectativas que têm face à relação conjugal e à própria gravidez. A.M. respondeu que “ (...) sim, sim, ele sabe que eu tenho receio, claro, de ter um filho nos braços. Tenho um pouco de medo do parto também, mas acho que ele está um bocadinho pior que eu em relação a isso (...)”, “ (...) mas sim, falamos sobre isso”. D.J. corrobora, dizendo que “ (...) ah sim, eu não sei se vou ter coragem de assistir ao parto, eu não sei...”, “ (...) mas é isso, ela sabe, nós vamos falando dessas coisas, é novidade para nós dois”.

A.M. foi diagnosticada com infeção por sífilis através do teste VDRL positivo 1/32 e esta seria uma questão a ser abordada com os membros do casal, pelo que se questionou se “ (...) considerando o diagnóstico de sífilis por parte da A.M., isso teve algum impacto naquela que é a vossa relação?”, “ (...) como é que a A.M. se sentiu quando foi diagnosticada?”, “ (...) como é que acha que D.J. se sentiu?”, “ (...) D.J., concorda? Como se sentiu e que influência é que isso teve na vossa relação, na sua perceção?”, “ (...) Como é que sentem que a vossa relação estava antes e como sentem que está agora, associado a este diagnóstico?”. As questões utilizadas

tiveram como base o questionamento circular, reflexivo e estratégico no sentido de perceber quer as ligações entre os membros do casal, quer a sua dinâmica e coesão. As respostas foram imediatas, referindo A.M. que “ (...) eu sei que isto provavelmente não teve nada a ver com o D.J. e portanto nem penso muito naquilo que está para trás. Para mim nada mudou, sinto-nos iguais, falamos de tudo igual e isso não influenciou nada. Agora é fazer o tratamento e esperar que tudo corra pelo melhor. Quando ao D.J. ele reagiu bem. Não achou piada ao facto de ter que vir também fazer a medicação mas pronto, é a vida!”. De forma tranquila, D.J. respondeu que “ (...) sim, essa é mesmo a pior parte, mas tem que ser. Não penso muito nisso, as coisas acontecem e agora é lidar. Se deus quiser tudo vai dar certo”. Habitualmente, e segundo ambos, mesmo quando há discordância tendem a conseguir chegar a um consenso, especialmente agora que vivem juntos “ (...) isso tem facilitado muitas coisas na nossa relação, agora mesmo que queiramos fugir não podemos”, revela divertidamente A.M.. Foi questionado se “(...) alteravam alguma coisa, neste momento, na vossa forma de comunicar?”, ao qual A.M. respondeu que “ (...) não tenho mesmo o que dizer em relação à nossa comunicação, para já estamos a dar-nos bem” e D.J. “ (...) sim, é isso, não mudava nada não”, demonstrando satisfação com o padrão de comunicação.

Naquilo que diz respeito à interação sexual, abordou-se esta questão iniciando pela tentativa de esclarecer dúvidas face à sexualidade nesta fase de gravidez. A.M. responde que “ (...) não enfermeira, eu sei que podemos manter as relações e temos mantido, até agora está tudo a correr bem. Ao início fazia-me muita confusão ter relações a saber que tenho um bebé a crescer dentro de mim mas agora isso já passou”. D.J. revela que se sente “ (...) satisfeito como estamos nesse aspeto também”. Não foram expressos nenhuns dados por parte de A.M. ou D.J. que direccionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Desta forma, face aos dados obtidos foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal Mantida por manterem uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz, a Interação Sexual Adequada e a Função Sexual Não Comprometida, constituindo-se, assim, como uma força e recurso para os membros da família.

Naquilo que diz respeito à área de atenção adaptação à gravidez, à data da primeira consulta A.M. estava grávida com catorze semanas de gestação. Na segunda consulta, estava grávida com quinze semanas de gestação, na terceira com vinte e três semanas de gestação e na última consulta estava grávida com vinte e nove semanas de gestação. Assim, procedeu-se à avaliação

das dimensões operativas relativas ao conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão na primeira com A.M. e na segunda consulta estas dimensões operativas foram avaliadas juntamente com D.J..

No âmbito do conhecimento, os membros do casal detinham conhecimento sobre os direitos sociais na gravidez bem como de maternidade e paternidade. No que se refere ao conhecimento sobre etapas de adaptação à gravidez e ciclo vital, questionou-se de forma linear “ (...) o que é que para vocês implica esta gravidez e na vossa perceção quais são as etapas que a constituem?”, ao qual A.M. respondeu que “ (...) para além de uma transformação profunda nas nossas vidas? Ora bem, representa a chegada de um ser humano, a formação de uma família e a responsabilidade de criar e cuidar de um filho” e D.J. “ (...) concordo totalmente. Isto é o início de uma jornada incrível. Acho que quer a gravidez quer o parto e depois o ter o bebé nos braços são todas elas fases diferentes e temos que nos preparar para elas”. Reforçou-se positivamente a perceção de ambos e promoveu-se o aumento do conhecimento, ensinando que “ (...) de facto, há diferentes etapas ao longo deste processo e uma delas é a actual, da concepção e do desenvolvimento do bebé no útero. São muitas as mudanças físicas e emocionais na mulher, há posteriormente a preparação para o nascimento, a preparação da chegada do bebé e depois o parto em si, que é um momento de grande intensidade e que traz com ele expectativas e preocupações como já falámos. Depois do nascimento e de terem o vosso bebé junto a vocês, há a necessidade de se moldarem à vida com um recém-nascido mas que, com muita dedicação, tenho a certeza que vão ter muito sucesso!”. Também no âmbito do conhecimento sobre as alterações fisiológicas houve necessidade de promover o aumento do conhecimento. Aplicou-se uma metáfora, no sentido de ensinar e reforçar as alterações a que A.M. estaria sujeita, referindo que “ (...) a gravidez é um verdadeiro tesouro escondido dentro do corpo da A.M. É como se uma pequena joia se estivesse a desenvolver a cada dia. O útero é o cofre sagrado, as hormonas são os guardiões que preparam a chegada a bom porto desse tesouro. Cada mudança física é um sinal da jornada”. Assim, após esta relação foi feita a associação entre as alterações fisiológicas e diferentes sintomas que surgiam, pois A.M. revelou a sensação de azia nos dois dias anteriores à consulta. Foi promovido o aumento do conhecimento, ao ensinar sobre a causa, a prevenção da recorrência e sobre métodos que ajudassem a melhorar essa sensação: “ (...) imagine que um copo de água fresca é como um bálsamo suave para acalmar a chama que sente no estômago. Beber pequenos goles de água ao longo do dia pode ajudar a diluir a acidez e proporcionar alívio desse sintoma. Para além disso, pequenos alimentos como bolachas, as de água e sal, por exemplo, podem acalmar o desconforto. Refeições pesadas e picantes podem

intensificar a sensação de azia e como tal deve evitar e pode ainda experimentar utilizar duas almofadas durante o sono prevenindo o refluxo ácido e diminuindo a sensação de azia”. Para além disso, A.M. referiu que o trânsito intestinal estaria “ (...) mais parado, mas já era assim antes da gravidez... deve ser normal, não é?”. Ensinou-se sobre a causa da obstipação na gravidez e sobre métodos para melhorar os sintomas e prevenir a sua recorrência, assim como “ (...) o consumo de alimentos ricos em fibras como os cereais integrais, as frutas, os vegetais e o aumento da ingestão de água vai ajudar ao funcionamento do intestino. Se juntar a estes cuidados umas caminhadas, por exemplo, seria perfeito!”. No sentido de envolver D.J., foi referido que “ (...) é muito importante que o D.J. incentive e relembre A.M. destes cuidados e até poderia ser interessante fazerem uma caminhada juntos, por exemplo, o que dizem?”. Ambos concordaram e referiram que “iriam experimentar fazê-lo assim que o bom tempo começasse a aparecer”. Foi parabenizada a motivação de ambos e sugeriu a criação de um plano concreto de compromisso um com o outro para que, pelo menos duas vezes por semana e se estivesse bom tempo, caminhassem juntos. No que concerne ao conhecimento sobre desenvolvimento fetal, e a par com a intervenção realizada na Família 1 e Família 2, foi igualmente sugerida a utilização da aplicação móvel de acompanhamento do desenvolvimento fetal, quer por A.M. quer por D.J. no sentido de se conectarem à experiência e aumentarem o vínculo entre casal. Face à necessidade de vigilância da gravidez e considerando que A.M. foi diagnosticada com infeção por sífilis, a vigilância de sinais e sintomas seria determinante no membro da família, oferecendo abertura para que D.J. também colaborasse nesta vigilância. Assim, após se tentar perceber qual o conhecimento dos membros do casal sobre o tema, estes detinham conhecimento demonstrado sobre como se transmite, que impacto que pode ter no bebé no decorrer da gravidez, que impacto e necessidade de tratamento da própria e do parceiro sexual deve existir e qual a forma de prevenir a reinfeção. Houve, no entanto, necessidade de promover o aumento do conhecimento sobre a fisiopatologia da infeção, impacto do regime terapêutico realizado precocemente, os possíveis efeitos tardios da infeção no bebé, sinais de alarme e sinais de infeção, ensinando-se que “ (...) o tratamento precoce da sífilis durante a gravidez é essencial para reduzir o risco de complicações para o bebé. A penicilina tem demonstrado eficácia na eliminação da bactéria e quando iniciado precocemente, o tratamento adequado pode prevenir danos e reduzir o risco de aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer...”, “ (...) se não for tratada de forma adequada, pode ocorrer aquela a que chamamos de sífilis congénita tardia cujos efeitos podem aparecer meses ou até anos após o nascimento”, “ (...) devem estar atentos ao aparecimento, por exemplo, de úlceras genitais,

lesões na pele, febre persistente, dor nas articulações e recorrer a nós se isso acontecer”. Dado que A.M. não era imune à toxoplasmose, houve igualmente necessidade de promover o aumento do conhecimento, ensinando sobre sinais e sintomas da toxoplasmose, referindo que “ (...) podem ser sinais semelhantes aos da gripe como febre, fadiga, dores musculares e articulares, dor de cabeça, dor de garganta e até o aumento dos gânglios, como se pode representar por um cansaço extremo inexplicável, visão turva e sensibilidade à luz e mesmo importante que esteja também atenta a isto”. Dada a informação transmitida, reforçou-se positivamente o esforço que ambos estavam a fazer e demonstrou disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas sempre que precisassem.

Ao explicar os dados referentes à dimensão da comunicação na área de atenção da satisfação conjugal, os membros referiram a partilha de receios e expectativas associadas à gravidez em específico, bem como à representação do papel de ser mãe ou pai. Esta partilha é igualmente promovida pelo apoio comum associado nas tarefas desenvolvimentais, questão que foi elogiada no decorrer da consulta.

No que se refere aos comportamentos de adesão, A.M. é assídua às consultas de saúde da mulher grávida e, na terceira consulta, após a validação da mesma, foi referenciada para frequentar as aulas de preparação para o parto e parentalidade.

Em suma, no âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, foi identificado o diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado associado às etapas de adaptação à gravidez, alterações fisiológicas, desenvolvimento fetal e vigilância de saúde na gravidez. Promoveu-se o aumento do conhecimento nestas áreas, concretizando os ensinamentos com o uso da metáfora e dos rituais terapêuticos. Obteve-se ganhos em saúde na terceira consulta após a verificação da aquisição desse conhecimento ao membro do casal A.M., tendo este ficado demonstrado. Desta forma, no final das quatro consultas realizadas poder-se-ia afirmar que a Satisfação Conjugal bem como as dimensões operativas no âmbito da Comunicação e Comportamentos de Adesão face à Adaptação à Gravidez, se constituem como uma força e recurso para a Família 3 na perspetiva dos membros do casal. Posteriormente, a dimensão operativa no âmbito do Conhecimento da Adaptação à Gravidez constituiu-se igualmente uma força e recurso para a Família 3, na perspetiva de A.M..

Face à Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas no âmbito da comunicação, coping familiar, interação de papéis e relação dinâmica. A recolha destes dados foi feita ao longo das diferentes consultas.

Assim, no que respeita à comunicação familiar, foi utilizado o questionamento linear, reflexivo e circular para as atividades diagnósticas, questionando-se “ (...) como tem sido a partilha de sentimentos uns com os outros?”, “ (...) a A.M. sente que o facto de o D.J. ter ido viver convosco mudou a forma como cada membro partilha os sentimentos?”, “(...) como é que o D.J. se sente agora que vive com a A.M. e sua família?”, “(...) o D.J. sente que tem espaço para partilhar o que sente?”, “ (...) estão satisfeitos com a forma como são partilhados os sentimentos de cada membro da vossa família?”. A.M. revelou que “ (...) nunca houve desses problemas lá em casa, cada um diz o que pensa e o que sente sem problemas. Claro que às vezes entre mim e o meu irmão há discussão, mas pronto, nada de grave, passado umas horas já estamos bem (...)”, “ (...) acho que o D.J. estar lá até tranquilizou o resto da família, está tudo muito tranquilo (...)”, “ (...) portanto para já não tenho que dizer sobre isso (...)”. D.J., seguidamente, diz sentir que “ (...) fui mesmo bem acolhido e não tenho nada a apontar, dão-me muita liberdade para falar e assim... ainda não me sinto completamente à vontade mas acho que é por ser tudo muito recente, eu acho normal (...)”, “ (... eu não tenho mesmo o que dizer...” . Posto isto, A.M. sentiu necessidade de revelar que quer ela quer os restantes membros da família são claros quando partilham algo e expressam o que sentem e que na maioria das vezes compreendem o que cada um quer dizer “ (...) acho que nos damos até bastante bem... o meu tio é mais calado mas pronto, já é dele, não dá grandes chatices, mas eu, a minha mãe e o meu irmão somos muito próximos, agora então... não mudaria nada honestamente...”

No que respeita à resolução de problemas, D.J. revelou que “ (...) ainda não tive muito tempo para sentir grandes problemas ou uma tensão assim grande (...)”, sendo que A.M. diz sentir que habitualmente os problemas se resolvem de forma natural, “ (...) não sei bem quem tem a iniciativa de os resolver, resolvemos só. Se há alguma coisa que nós achemos que não está tão bem, falamos, é muito simples...”. Questionou-se A.M. se sentia “ (...) dificuldade em perceber as reações de cada um?” e “ (...) como foi a notícia da gravidez na família já que foi uma gravidez surpresa, não foi? Não planeada... Como reagiram?”, ao qual A.M. respondeu que “ (...) eu não, somos todos muito diretos uns com os outros... Se alguém tem algum problema, dizem logo...”, “ (...) ui, foi uma festa... O meu irmão está muito empolgado, a minha mãe nem se fala, ui... Ela já andava a pedir ao meu irmão um netinho e quando soube que vinha primeiro de mim ficou toda contente...”, “(...) eu até achei que fiz mais filme do que eles... Para eles foi muito simples: aconteceu, é uma coisa boa, portanto que venha o bebé que estão lá para ajudar...”. Com esta afirmação foi possível perceber que A.M. e D.J. detêm apoio dos restantes membros e que esse apoio servirá como recurso.

No que concerne à interação de papéis, foi utilizado o questionamento linear e circular sendo que A.M. refere não existir conflitos nos papéis, sendo que o papel provedor parte de sua mãe, irmão e do D.J., sendo a mãe a gerir financeiramente a família. Apesar de colaborar nas tarefas domésticas, A.M. assume que “ (...) habitualmente é mais a minha mãe que trata das coisas de casa, eu às vezes ajudo a cozinhar, a arrumar e assim... E o D.J. agora também ajuda! O meu irmão até é mais preguiçoso... o meu tio pronto, ele já não ajuda tanto, mas pronto, estamos habituados, ele é mais limitado”. Quanto ao papel recreativo, “ (...) aí isso sou eu que normalmente sou mais animada e assim e portanto sugiro tudo...”. Foi questionada “ (...) qual a percepção de A.M. sobre o que os restantes membros acham desta dinâmica de papéis?”, ao qual A.M. respondeu que “ (...) eu acho que está tudo bem por eles, pelo menos não tenho ideia que não esteja”.

Face à relação dinâmica, A.M. refere não ter percepção da existência de um membro com mais poder ou da existência de coligações, sendo que “todos estamos ao mesmo nível... A minha mãe claro que é a minha mãe e todos recorremos a ela, mas não é em termos de poder, eu acho...”, “ (...) nós somos todos muito próximos, enfermeira, é como lhe disse... Não os trocava por nada!”. No que se refere à coesão e adaptabilidade da Família 3, para A.M. a família era muito ligada e muito flexível, resultando num tipo de família equilibrada. Segundo A.M. a sua família é, igualmente, altamente funcional, com a classificação total de 8 pontos (atribuição de 1 ponto aos critérios “Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema” e “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”).

Considerando os dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional e na perspetiva de A.M., identificou-se o diagnóstico de Processo Familiar Não Disfuncional, constituindo-se como uma força e recurso para a Família 3. Para D.J. existem, igualmente, elementos que se constituem como uma força, no entanto, e considerando a única consulta que existiu com este membro da família, não foi possível a colheita de dados relativa a todas as dimensões operativas.

Família 4

Foram efetuadas duas consultas programadas na USF com a Família 4, estando presente em todas elas um membro da família: S.A..

Foram obtidos dados relativos à composição familiar através do questionamento linear ao membro da família presente, ficando os dados obtidos explanados no genograma abaixo representado pela Figura 5

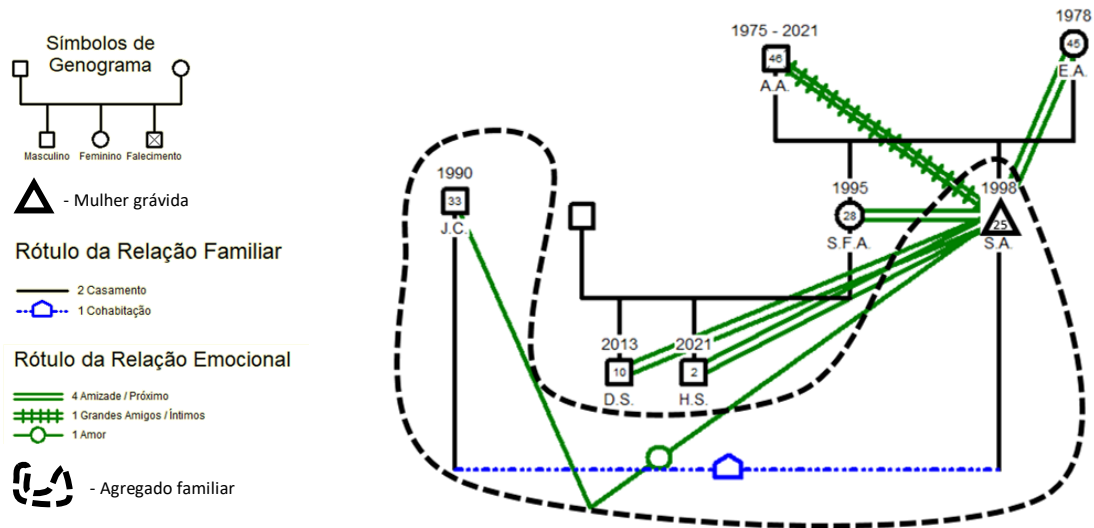


FIGURA 5: Genograma da Família 4 e respetiva legenda de símbolos

A Família 4 é constituída por um casal, do qual faz parte S.A. de 25 anos, grávida do primeiro filho do casal e J.C., seu companheiro, de 33 anos. Desta forma concluímos que o subsistema presente é o conjugal.

Com a família extensa, S.A. tem uma relação muito próxima quer com a sua mãe, quer com a sua irmã, pessoal e telefonicamente cuja intensidade é, de uma forma geral, diária. Ambas servem como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselheiras. Naquilo que diz respeito aos sistemas mais amplos, S.A. refere ter um vínculo forte com os seus amigos, um vínculo intermédio com as instituições de saúde bem como com o seu trabalho.

A Família 4 pertence a uma classe social média-alta, onde um dos membros da família (J.C.) detém uma profissão que se insere no grau 2 da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), detendo o mesmo uma instrução situada no grau 3. Têm vencimentos certos e vivem numa casa bastante espaçosa e confortável, situada num bom local de residência.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família 4 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no Quadro 4.

QUADRO 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 4, por dimensões de avaliação

<i>Dimensões de Avaliação</i>	<i>Áreas de Atenção</i>	<i>Dimensões Operativas Avaliadas</i>
<i>Dimensão Estrutural</i>	Rendimento Familiar	✓ Origem do Rendimento
		✓ Conhecimento e capacidade de Gestão
	Edifício Residencial	✓ Tipo de Habitação
		✓ Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	✓ Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		✓ Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	✓ Utilização de rede pública/privada
<i>Dimensão de Desenvolvimento</i>	Animal Doméstico	✓ Presença ou ausência
		✓ Relação Dinâmica
	Satisfação Conjugal	✓ Comunicação
		✓ Interação Sexual
		✓ Conhecimento
	Adaptação à Gravidez	✓ Comunicação
		✓ Comportamentos de Adesão
		✓ Interação de papéis

Naquilo que diz respeito à Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar na Família 4, a sua origem situa-se no grau 3 e S.A. revela não sentir dificuldade na gestão financeira já que “ (...) felizmente conseguimos ter uma vida tranquila, o J.C. já trabalha há uns anos e também já tinha a vida organizada”. Estes dados foram obtidos através do questionamento linear. Quanto ao edifício residencial, detêm um tipo de habitação grau 2, muito bem adaptado às necessidades atuais da família. Detêm aquecimento central e gás canalizado e S.A. revela ter conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública e a família não tem animais domésticos.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado pelo que estes se constituem como um recurso para a Família 4.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento e face às suas áreas de atenção, foram concretizadas atividades diagnósticas no âmbito da satisfação conjugal e adaptação à gravidez.

Quanto à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual.

Desta forma, e partindo pela relação dinâmica, foi utilizado o questionamento linear, de escala e circular para perceber a satisfação de S.A. com a partilha das tarefas domésticas: “ (...) S.A., nesta fase mágica que é a gravidez, como é que a S.A. e o J.C. dividem as tarefas domésticas?”, “Como é que era antes e como é que é agora?”, “Sente que essa divisão é justa?”, “Na sua perspetiva, quão satisfeito sente que o J.C. está com esta nova dinâmica, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeito e 10 é muitíssimo satisfeito?”. Face a estas questões, S.A. verbalizou sentir-se muito tranquila, não revelando sobrecarga com aquilo que diz respeito à divisão das tarefas domésticas. Sente que esta é justa e perfeitamente ajustada à vida de cada um, não tendo sentido impacto em relação à fase pré-gravidez já que, apenas após a notícia da mesma, S.A. foi viver com J.C. Face à questão circular e de escala colocada, S.A. respondeu que acredita que o J.C. se sentia muitíssimo satisfeito já que “ (...) nada do que ele diga ou faz me leva a achar o contrário (...) “. No que se refere à satisfação com o tempo que passam juntos, utilizou-se o questionamento linear, reflexivo e circular para obter resposta a esta dimensão operativa: “ (...) acredita que o tempo que passam juntos é suficiente para continuar a fortalecer o vosso relacionamento?”, “ (...) e sente que é suficiente para que, emocionalmente, se sinta reconfortada?”, “ (...) o que considera ser tempo de qualidade?”, “ (...) acredita que o tempo que passam juntos pode influenciar a vossa satisfação com a relação no geral?”, ao que S.A. revelou que “ (...) sim, agora que vivemos juntos é muito mais fácil de conseguirmos termos para estar juntos, porque estamos mesmo diariamente juntos”, “ (...) se é sempre de qualidade? Provavelmente não, claro, nem sempre! Mas grande parte do tempo é porque o J.C. tem sido mesmo incrível comigo, tem-se demonstrado mesmo muito atento e isso deixa-me mesmo feliz. Para mim tempo de qualidade é mesmo isso, estarmos nós, sem pensar em mais nada...”, “ (...) claro que sim, enfermeira, é obvio. Quanto mais tempo de qualidade tivermos, mais fortes e unidos ficamos, não é?”. S.A. revela o excelente exemplo que tinha com a relação entre os seus pais e isso provou-lhe que, de alguma forma, ela pode e merece ter algo idêntico com o seu atual companheiro de vida. Sente-se reconfortável e segura com J.C., revelando não se recordar da última vez que se sentiu assim com alguém. Faz referência ao facto de J.C. ser mais velho e já ter “ (...) outra maturidade (...) “ bem como muita vontade de ser pai, algo que a conforta. Face à partilha de sentimentos, foram utilizadas questões de escala, circulares e reflexivas para obter atividades diagnósticas, assim como “ (...) numa escala de 0 a 10, onde 0 é nada importante e 10 é muitíssimo importante, quão importante é para a S.A. a partilha de sentimentos entre

você?” “Que importância acha que o J.C. dá à partilha daquilo que sentem?” “ (...) e como se sente em relação a essa partilha de sentimentos?”, ao qual S.A. respondeu considerar a partilha de sentimentos muito importante para a manutenção da boa relação entre ambos. Atribui uma grande importância a esta partilha, acreditando que J.C. detém a mesma opinião.

Relacionando com aquela que é a dimensão operativa da comunicação, questionou-se, de forma linear, se o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, ao qual S.A. respondeu que “ (...) sim, sim, nós vamos falando sobre isso, claro, especialmente numa fase como esta em que a gravidez é novidade para os dois... É claro que a minha irmã já sendo mãe me dá algumas noções mas é muito diferente de estarmos a viver a gravidez não é? Portanto sim, conversamos sobre isso (...) “. Acoplada a esta questão, procurou-se saber se, quando existe discordância de opinião, o casal chega a um acordo questionando igualmente, de forma reflexiva, sobre “ (...) como é que a S.A. se sente em relação à forma como chegam a esse acordo”, e de forma circular se “ (...) sente que o J.C. considera importante e como tendo impacto na relação a forma como ambos chegam a esse acordo”. S.A. revelou que grande parte das vezes chegam a esse acordo embora “ (...) às vezes é difícil de lá chegar, eu sou muito teimosa mas ele consegue levar-me... Às vezes nem sei como mas leva (...) “. S.A. demonstrou-se tranquila relativamente à forma como os membros do casal resolvem os desentendimentos, não revelando preocupação ou dúvidas sobre esse aspeto. Para esta, J.C. é muito calmo, pelo que “ (...) ele quer é que, acima de tudo, estejamos bem, portanto acredito que ele ache importante nós chegarmos a um acordo e resolvermos as nossas coisas (...) “. Acoplado a estes dados, S.A. demonstrou, igualmente, satisfação com o padrão de comunicação do casal.

No âmbito da interação sexual, foi utilizado o questionamento linear de forma a obter informações diretas e relevantes sobre a satisfação de S.A. com o padrão de sexualidade e sobre o conhecimento desta sobre a sexualidade, especificamente no que se refere à gravidez. Assim, S.A. revelou no decorrer da consulta estar satisfeita relativamente ao padrão de sexualidade do casal, referindo igualmente que, no início da gravidez, a sua enfermeira de família já lhe teria transmitido a informação sobre a possibilidade de manter as relações sexuais com penetração. Para além disto, questionou-se sobre o impacto da sexualidade no casal, tendo S.A. revelado ser algo que “ (...) desde sempre correu bem (...) sim, é importante para mim e acredito que para o J.C. também mantermo-nos íntimos (...) “. Não foi descrito quer por parte de S.A. qualquer tipo de disfunção sexual.

Desta forma, na perspetiva de S.A. a Satisfação Conjugal está mantida por uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz e uma Interação Sexual Adequada, pelo que estes dados se constituem como uma força e um recurso para a Família 4.

Naquilo que diz respeito à área de atenção adaptação à gravidez e considerando o membro da família S.A., à data da primeira consulta estava grávida com vinte e duas semanas e quatro dias de gestação. Na segunda consulta, estava grávida de vinte e oito semanas e seis dias de gestação. De salientar que foram agendadas mais duas consultas às quais S.A. não compareceu. Assim, na primeira consulta procedeu-se à avaliação das dimensões operativas relativas ao conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão.

Foram utilizadas questões lineares e circulares para avaliar o conhecimento de S.A. no que concerne aos direitos sociais na gravidez, na maternidade e paternidade. S.A. revelou conhecer os direitos sociais, pelo que se passou a avaliar o conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez. Neste âmbito, houve necessidade de se promover o aumento do conhecimento já que, apesar de S.A. revelar conhecimento sobre as alterações passíveis de acontecerem ao nível do sistema gastrointestinal e endócrino, houve necessidade de ensinar sobre as alterações ao nível do sistema renal, respiratório, cardiovascular e musculoesquelético. Para isto, foi utilizada uma metáfora, referindo que “ (...) a gravidez é como a criação de uma obra de arte, S.A.. O corpo da mulher torna-se a tela em branco e cada alteração é como uma pincelada nessa tela, adicionando novas cores e texturas à obra. O coração, como o centro pulsante da expressão, dá vida à criação. Os pulmões trazem vida e movimento, inspirando e expirando. Os rins servem de misturadores, purificam e equilibram a pintura. O sistema gastrointestinal, como um conjunto de tintas, transforma os alimentos em energia nutrindo a S.A. e o seu bebé. Enquanto isso as hormonas trazem alguns tons únicos para cada fase da gravidez e a postura dá forma e estrutura à obra em progresso. O corpo humano é ou não uma incrível obra de arte?”. Posteriormente foram colhidos dados relativos às fases de adaptação à gravidez e à nova etapa do ciclo vital e sobre a nova etapa do ciclo vital, pelo que se utilizou o questionamento reflexivo, circular e de escala para proceder às atividades diagnósticas: “ (...) na perspetiva da S.A., o que é ser mãe?”, “Que impacto é que essa definição tem na sua vida?”, “Considera que J.C. partilha da mesma opinião?”, “Como acha que J.C. se sente face à evolução da gravidez e às alterações que vão surgindo?”, “ (...) como é que a S.A. se sente com estas alterações?”, “ (...) de 0 a 10, onde zero é pouquíssimo importante e 10 é muitíssimo importante, quão importante é para a S.A. ter perceção destas alterações?”, “ (...) acredita que deter este conhecimento pode ter algum

impacto para se consciencializar sobre o papel de mãe?”. Estas questões desenrolaram uma reflexão profunda por parte de S.A. sobre o papel de mãe, sobre as alterações que tem sentido e direccionou o pensamento para o impacto que o seu pai teve na sua vida, convertendo as atividades diagnósticas em intervenções, a par com o reforço positivo e com a seguinte metáfora: “ (...) não tenho qualquer dúvida que o seu pai está extremamente orgulhoso do papel que está a desempenhar. De facto a gravidez engloba uma série de alterações a vários níveis, como já fomos falando, mas importa que a S.A. saiba que, assim como o seu pai foi para a S.A., ser mãe é ser um porto seguro no meio da tempestade. Assim como uma âncora, uma mãe suporta os seus filhos quando estão cansados, assustados, feridos... Oferece refúgio, conforto e aconchego, protegendo-os dos ventos fortes e ajudando-os a encontrar paz e tranquilidade. A S.A. vai ser e está a ser isto tudo e deve orgulhar-se disso”. Para além destas intervenções, houve igualmente necessidade de promover o aumento do conhecimento no âmbito do conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, oferecendo a ideia de o acompanhar através da utilização de uma aplicação móvel e de criar o ritual de o fazer com J.C.. S.A. foi também referenciada para as aulas de preparação para o parto e parentalidade, já detendo prévio conhecimento sobre a possibilidade de realizar as mesmas, consentindo com essa referenciação. Foi igualmente promovido o aumento do conhecimento sobre a vigilância de saúde na gravidez considerando as diferentes fases, ao ensinar neste âmbito.

No que diz respeito à partilha de expectativas entre os membros do casal sobre a gravidez e a parentalidade no âmbito da adaptação à gravidez, no decorrer da consulta, e associando ao momento em que S.A. partilhou dados sobre a comunicação do casal no âmbito da satisfação conjugal, foi utilizado o questionamento linear e circular, concluindo-se que S.A. partilha receios e expectativas com J.C. no geral e que acredita que essa pode ser a chave para a manutenção de uma relação feliz. Para além disto, S.A. acredita, igualmente, que J.C. partilha os seus receios e expectativas, sabendo que este está “ (...) ansioso pela chegada do bebé, ele sempre quis ser pai, mas sei também que está ali um pouco ansioso, tal como eu! Mas acho que faz parte (...) “. Esta partilha é igualmente promovida pelo apoio comum nas tarefas desenvolvimentais, tendo sido elogiado o progresso e o processo de S.A. neste caminho pela maternidade.

No que se refere aos comportamentos de adesão, S.A não compareceu a uma consulta agendada pela enfermeira de família, pelo que na segunda consulta foi promovido o aumento do conhecimento sobre a importância de comparecer às consultas agendadas, associada à vigilância do desenvolvimento da gravidez e do seu bem-estar.

No âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, foi, assim, identificado o diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado e Comportamentos de Adesão Não Demonstrado. Foi promovido o aumento do conhecimento sobre alterações fisiológicas da gravidez, etapas de adaptação à gravidez e à nova etapa do ciclo vital e sobre desenvolvimento fetal, concretizando os ensinamentos através do uso da metáfora, dos rituais terapêuticos e do questionamento reflexivo, obtendo-se ganhos em saúde na segunda consulta no âmbito do conhecimento. Perpetuou-se o diagnóstico de Comportamentos de Adesão Não Demonstrado após promover estes comportamentos já que S.A. faltou uma segunda vez. Desta forma, no final das duas consultas realizadas, as dimensões operativas no âmbito do Conhecimento e Comunicação face à Adaptação à Gravidez, constituíram-se como uma força e recurso para a Família 4 na perspectiva de S.A..

A par com aquela que foi a avaliação e intervenção familiar, orientada pela matriz operativa do MDAIF, foi igualmente possível dar conta de questões individuais que poderiam influenciar o decurso do processo de transição para a parentalidade. S.A., desde a primeira consulta realizada e aquando da realização do Ecomapa para demonstrar as interações entre S.A. e o ambiente social, revelou ser acompanhada por uma perturbação depressiva despoletada pela morte do pai, há dois anos. Procedeu-se à realização de atividades diagnósticas através do questionamento linear, circular e reflexivo: “Como é que se sente quando pensa no seu pai?”, “Quando se recorda dele, que momentos é que vêm à memória?”, “Como tem lidado com essa perda, nesta fase em particular?”, “Que tipo de impacto é que esses sentimentos têm na forma como leva a sua vida, neste momento?”, “ (...) e que impacto acredita que têm na sua relação com o J.C.?”, “ (...) passaram dois anos... Que diferença sente em si na forma como lida com esta perda desde há dois anos para cá?”. S.A. revelou que “ (...) o meu pai morreu cedo de mais. Eu era muito próxima dele, enfermeira. Ele conseguia sempre fazer-me rir, dava-me muitos beijinhos, estava sempre a dar-me beijinhos. Ainda custa muito (...) “, “ (...) sinto um aperto, uma saudade que não sei explicar (...) o J.C. dá-me sempre apoio, sempre que falo nisto... Não é como se desvalorizasse, percebe? Ele apoia-me e percebe-me (...) “, “ (...) acho que estou a melhorar na forma como lido, mas ainda me custa muito... Achei que por esta altura já custaria menos...”. Para além disto, referiu que “ (...) ainda guardo o telemóvel dele comigo, às vezes ainda lhe envio mensagens e vejo o telemóvel dele para me sentir mais próxima, mesmo sabendo que já não devia fazer isto mas não consigo evitar (...) “. Esta questão, inicialmente abordada pela própria, culminou num afastamento inicial da mãe e da irmã que, à data das consultas, não se verificou: “O tempo passou e estou muito mais próxima delas agora, nem se compara. Mas eu acho que a

minha mãe me culpava porque eu, na altura em que o meu pai adoeceu, saí de casa porque não tolerava aquilo. Ele próprio estava com menos paciência e eu não aguentava. Acho que agora também me sinto culpada por não ter estado lá”.

Considerando estes dados, foi identificado o diagnóstico de Luto Disfuncional. O Luto, segundo o ICN (2023), define-se como:

“Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação).”

No entanto, o conceito de luto e a discussão sobre o mesmo deve fundamentar-se na percepção deste como sendo igualmente um processo que vai para além da morte física, já que abrange a perda de vínculos de forma irreversível (Trevisano et al., 2019). Face a esta abordagem, importa considerar aquela que é a base da Teoria da Vinculação proposta por Bowlby, que faz referência à criação de laços afetivos pela familiaridade e proximidade com a figura de mãe/pai aliados à necessidade do sentimento de segurança que promove a união entre o progenitor e o seu descendente (Ramos, 2016).

Dependendo da cultura, do meio em que a pessoa está inserida e do próprio contexto da perda, o processo de luto é vivenciado de forma distinta (Ramos, 2016). Como tal, os profissionais de saúde devem não só estar sensíveis a estas questões como devem considerar, enquanto objetivo primário, a minimização das complicações decorrentes deste processo que se podem apresentar de inúmeras formas, inclusivamente em forma de quadro depressivo ou melancólico, visando alcançar a aceitação por parte da pessoa que enfrenta este processo (Trevisano et al., 2019). O desafio colocado para a abordagem do processo de luto deve considerar que este é o resultado da interação entre duas forças opostas: o desejo de manter por perto a pessoa perdida e a necessidade da sua desvinculação para dar lugar a novas relações (Ramos, 2019). Assim, na tentativa de dar resposta às necessidades da pessoa em processo de luto, Worden (2018) propõe a execução de tarefas que podem ser revisitadas e retrabalhadas: Tarefa I, que diz respeito à aceitação da realidade da perda envolvendo a aceitação intelectual e emocional onde pode ocorrer um comportamento de procura da pessoa perdida – pode ser facilitada através do encorajamento da pessoa a falar aberta e gradualmente sobre a perda e as suas circunstâncias; Tarefa II, que diz respeito à experiência e processamento da dor que se pode traduzir pela

manifestação de raiva, culpa, ansiedade, tristeza – importa encorajar a pessoa a vivenciar estes sentimentos de forma controlada; Tarefa III que aborda a adaptação ao ambiente tomando progressivamente consciência da perda e adaptando-se à mesma – importa apoiar a pessoa no processo de desenvolvimento de novas competências para lidar com a perda; Tarefa IV engloba o reinvestimento noutras relações, podendo ser a tarefa mais difícil de concretizar – apesar de a pessoa perdida estar fora da sua vida, necessita de ser inserida num local onde possa ser recordada, deixando paralelamente espaço para o estabelecimento de novas relações.

Considerando esta abordagem e os dados partilhados por S.A. no âmbito da avaliação do luto, procurou-se promover um processo de luto funcional a par com a atribuição de um significado não dificultador quer à própria perda, quer à vida após a perda, ensinando sobre o processo de luto e sobre a relação entre o apoio da família e o luto, facilitando-se a abertura dialogal, elogiando-se o caminho até então percorrido e enfatizando-se a necessidade de reconhecer as emoções e permitir-se senti-las, já que elas fazem parte do processo de luto. Procurou-se, igualmente, ensinar sobre a necessidade de manter uma ligação próxima com familiares e amigos, recordando o pai - o luto não deve ser marcado pela solidão -, falar abertamente sobre a morte com familiares, amigos e colegas - o evitamento desta abordagem pode contribuir para um maior isolamento social que, por sua vez, dificulta o processo de elaboração mental da perda - e abordar a imprevisibilidade do luto, podendo haver avanços e recuos e que estes são normais e que não determinam o restante processo. No sentido de oferecer a possibilidade de concretizar um passo rumo à aceitação, foi abordada a possibilidade de S.A. deixar o telemóvel com a mãe/ irmã já que a própria reconhece estar numa fase de dependência do mesmo: “Compreendo como pode ser difícil lidar com a perda de um ente querido, especialmente durante um momento tão importante como a gravidez. Sente que o uso do telemóvel do seu pai está a afetar aquele que é o seu processo de luto?”, “ (...) é natural que queira manter uma conexão com seu pai através do telemóvel dele. No entanto, é importante lembrar que o luto é um processo de adaptação e transformação. Às vezes, pode ser desafiador encontrar o equilíbrio entre honrar a memória de alguém e permitir-se seguir em frente.”, “ (...) o medo de esquecer e deixar alguém para trás é compreensível. O luto é uma experiência pessoal e única para cada um. Nós estamos aqui para ajudar a encontrar as soluções ou hipóteses que melhor se enquadram na sua necessidade. Por exemplo, se começar a diminuir gradualmente o uso do telemóvel do seu pai, talvez possa descobrir outras maneiras de manter a memória dele viva. Por exemplo, poderia criar um espaço especial em casa com fotos e lembranças dele, onde se possa conectar emocionalmente quando sentir necessidade. Poderia deixar o telemóvel em casa

da sua mãe hoje, por exemplo, e testava os seus sentimentos com essa decisão”. Face a esta abordagem, S.A. concordou desligar-se do telemóvel do seu pai, referindo, na consulta seguinte, “ (...) uma sensação de leveza e mais tranquilidade”. Face a isto, procurou-se encorajar a decisão e reenquadrar a memória do pai de S.A., referindo que “ (...) é muito bonito ver a sua dedicação em honrar o seu pai e ao mesmo tempo construir uma nova identidade como mãe. Posteriormente pode até considerar ter uma conversa com o seu filhote sobre o avô à medida que ele cresce, partilhando histórias sobre ele. Ao fazer isso, a S.A. estará a transmitir o amor do seu pai através de si!”.

Para a consulta seguinte, não concretizada, planeou-se a avaliação de resultados face às intervenções implementadas no âmbito do diagnóstico identificado, dando continuidade, se assim fizesse sentido, à mudança de comportamento através do reforço da autoeficácia, do apoio e valorização das capacidades para alcançar essa mudança e da redefinição de metas a atingir. Importa assegurar que a mudança será sempre considerando aquilo que é o melhor para ela própria.

3.1.2. Avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade: da prestação de cuidados aos resultados obtidos

Face às necessidades encontradas e com o intuito de explicar de forma clara, objetiva e sintetizada aquele que foi o âmbito da avaliação e intervenção familiar nas diferentes famílias em transição para a parentalidade, serão expostos os resultados obtidos decorrentes das intervenções realizadas.

Assim, o Gráfico 1 demonstra a taxa de avaliação realizada face às dimensões de avaliação por número total de famílias avaliadas, considerando a matriz operativa do MDAIF.

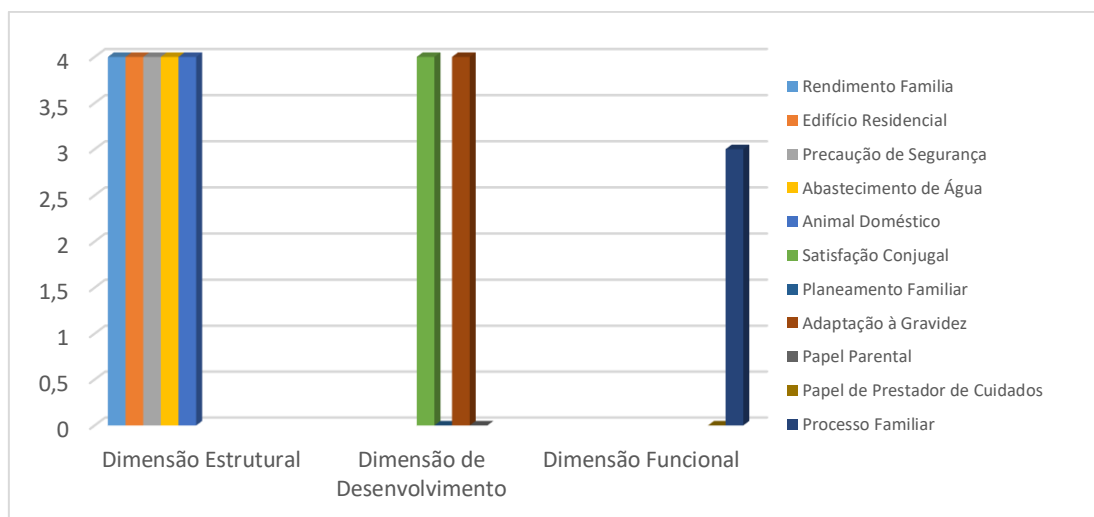


GRÁFICO 1: Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias avaliadas

Considerando os dados apresentados no Gráfico 1, todas as famílias foram avaliadas em todas as áreas de atenção referentes à Dimensão Estrutural, perfazendo uma taxa de avaliação de 100% no Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico, no caso de existir. As áreas de atenção avaliadas tiveram em consideração as narrativas dos diferentes membros no decorrer das consultas e as consequentes necessidades, pelo que, no âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, todas as famílias foram avaliadas no que se refere às áreas de atenção Satisfação Conjugal e Adaptação à Gravidez, dando origem a uma taxa de avaliação de 100%, o que não se verificou nas áreas de atenção no âmbito do Planeamento Familiar e do Papel Parental, não tendo sido avaliadas.

No que diz respeito à Dimensão Funcional, houve uma taxa de avaliação do Processo Familiar de 75%, correspondendo a 3 das 4 famílias avaliadas. Em nenhuma delas se procedeu à avaliação do Papel de Prestador de Cuidados já que não se verificou a existência de um compromisso ou dependência do autocuidado nos membros das famílias avaliadas.

Considerando as áreas de atenção avaliadas, importa descrever e analisar os diagnósticos que resultaram dessa mesma avaliação e que requereram intervenções no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, estando explanados no Gráfico 2.

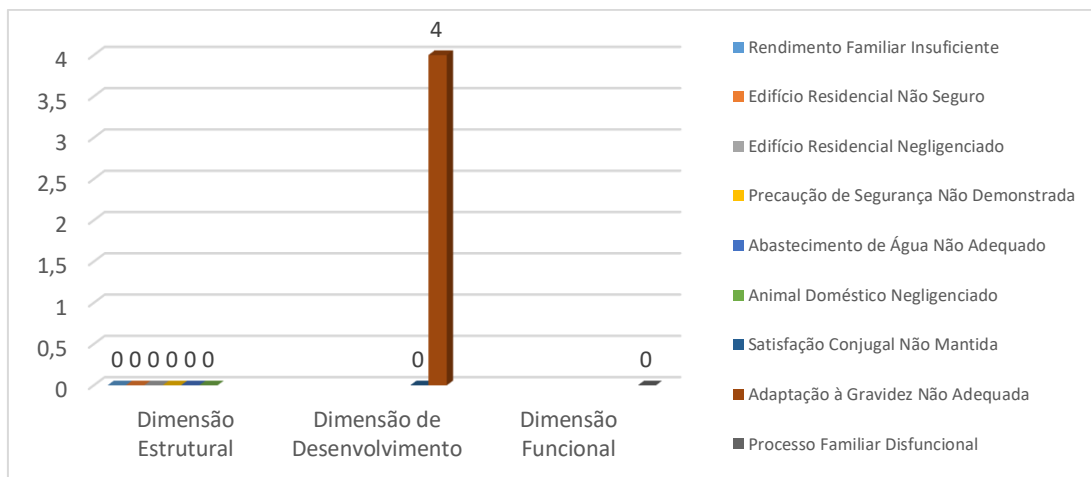


GRÁFICO 2: Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias avaliadas

Face aos dados obtidos, nenhuma das famílias avaliadas requereu a identificação de um diagnóstico de Enfermagem com potencial para intervir no que se refere às Dimensões Estrutural e Funcional. Na Dimensão de Desenvolvimento, especificamente na área de atenção Adaptação à Gravidez, o diagnóstico de Adaptação À Gravidez Não Adequada foi identificado em 100% das famílias avaliadas. O Gráfico 3 especifica, face às diferentes famílias, quais as dimensões operativas que concorreram para a identificação desse mesmo diagnóstico.

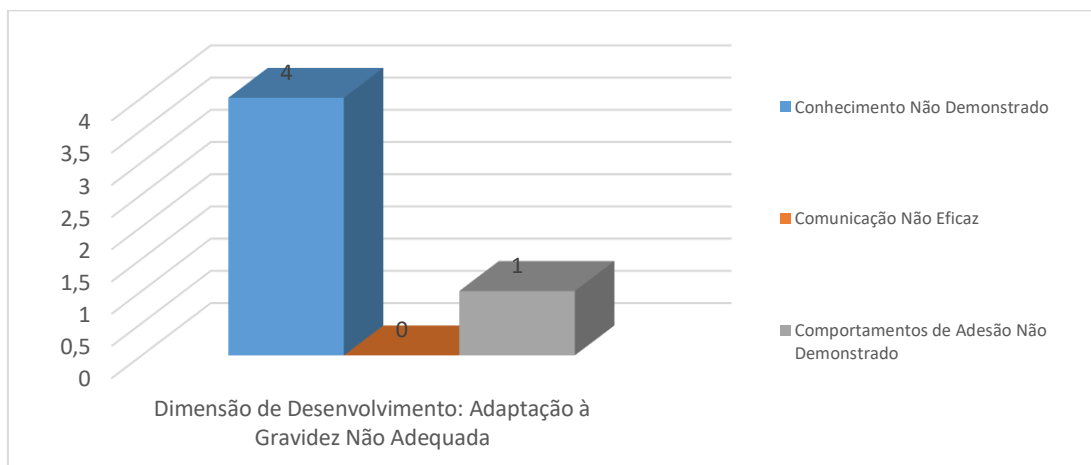


GRÁFICO 3: Subconjunto de diagnósticos no âmbito da Adaptação à Gravidez Não Adequada por número total de famílias

Analisando o Gráfico 3, podemos concluir que em 100% das famílias o diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado foi identificado. Do número total de famílias, houve necessidade de promover o aumento do conhecimento em 100% das famílias e no âmbito dos Comportamentos de Adesão Não Demonstrado, houve necessidade de promover estes comportamentos em 25% das famílias.

Considerando as necessidades encontradas, foi imprescindível intervir. O Gráfico 4 representa as intervenções efetuadas.

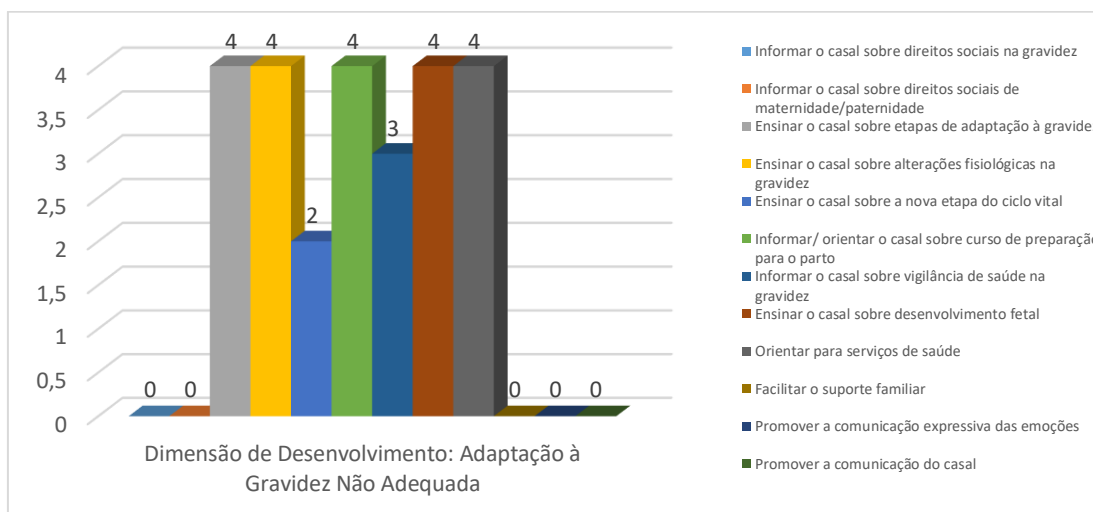


GRÁFICO 4: Intervenções realizadas no âmbito da Adaptação à Gravidez por número total de famílias

No âmbito do diagnóstico de Adaptação à Gravidez Não Adequada, conclui-se que as intervenções realizadas no âmbito do conhecimento passaram por, em 100% das famílias, ensinar o(s) membro(s) da família sobre as etapas de adaptação à gravidez, alterações fisiológicas na gravidez, sobre desenvolvimento fetal e foram orientadas para serviços de saúde, nomeadamente para o curso de preparação para o parto e parentalidade. Em 75% das famílias houve, igualmente, necessidade de ensinar sobre a vigilância de saúde na gravidez e em 50% das famílias houve necessidade de ensinar sobre a nova etapa do ciclo vital. No que se refere aos comportamentos de adesão, em 25% das famílias houve necessidade de promover os mesmos, incentivando à assiduidade nas consultas.

Dadas as intervenções acima explanadas e que consideraram a matriz operativa do MDAIF, houve igualmente necessidade de explorar as atividades que concretizaram essas intervenções. O Gráfico 5 explana as diferentes técnicas utilizadas.

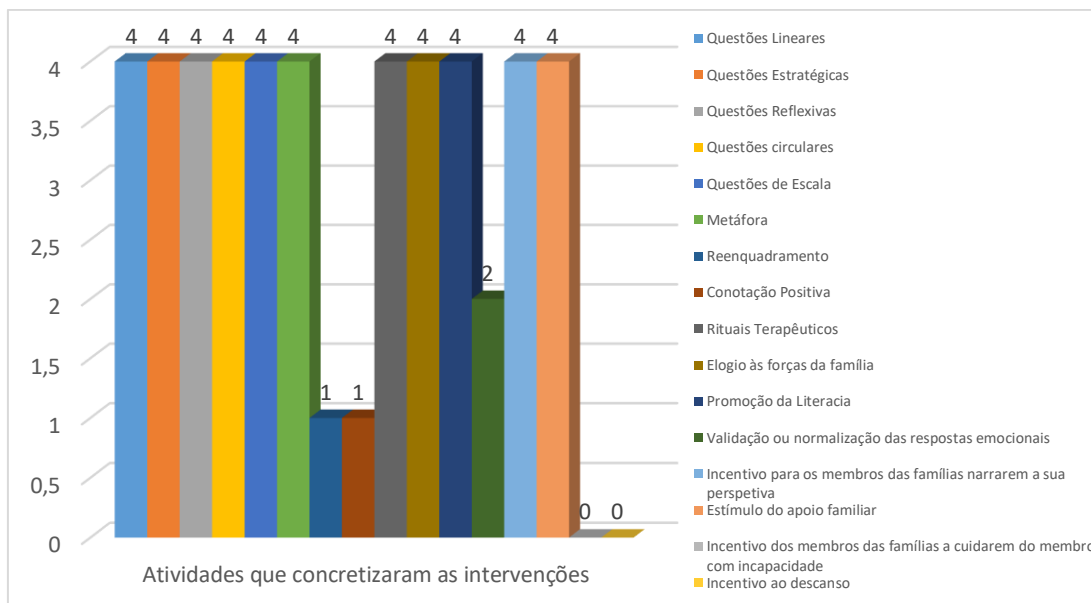


GRÁFICO 5: Tipos de atividades que concretizaram as intervenções por número total de famílias

Analisando os dados explanados no Gráfico 5, o questionamento linear, estratégico, reflexivo, circular e de escala bem como a metáfora, os rituais terapêuticos, o elogio às forças da família, a promoção da literacia, o incentivo para os membros das famílias narrarem a sua perspetiva e o estímulo do apoio familiar foram utilizadas em 100% das famílias com necessidade de intervenção. Em 50% foram validadas ou normalizadas as respostas emocionais dos membros das famílias e em 25% das famílias foi utilizado o reenquadramento e a conotação positiva.

Posto isto, no Gráfico 6 ficam explanados os ganhos em saúde obtidos fruto da intervenção nas diferentes famílias.

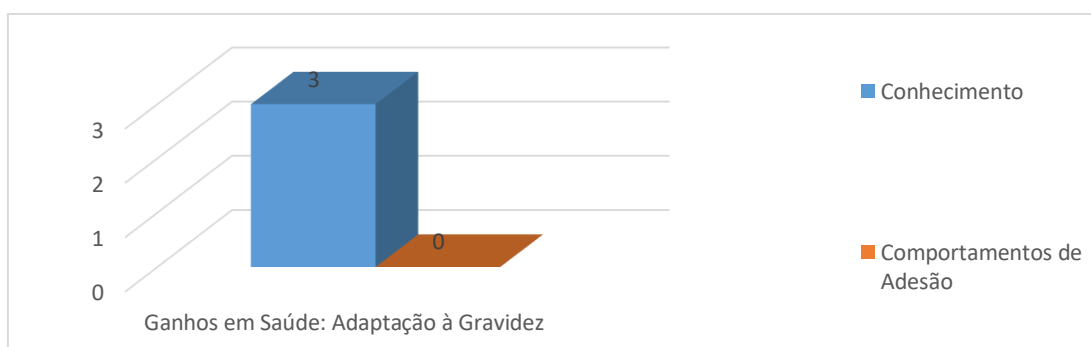


GRÁFICO 6: Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar por número de famílias

Considerando os dados representados no Gráfico 6, apesar das quatro famílias requererem intervenções, com a Família 1 apenas houve a possibilidade de concretizar uma consulta, na qual foram desenvolvidas intervenções. Assim, podemos aferir que, das quatro famílias, 75%

obtiveram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF na dimensão operativa do conhecimento relacionado com a Adaptação à Gravidez, não obtendo ganhos em saúde com as intervenções implementadas no âmbito dos comportamentos de adesão.

De um ponto de vista geral, e considerando as diferentes condicionantes, foi possível concluir que as intervenções realizadas no âmbito da ESF potenciaram os ganhos em saúde nas famílias em transição para a parentalidade explanadas no presente relatório. Com esta análise houve igualmente espaço para refletir sobre a necessidade de reintervir nas famílias cujas intervenções não resultaram em ganhos em saúde e repensar as estratégias utilizadas.

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

No que se refere à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, no Regulamento de competências específicas do EEECESF é enfatizada a articulação com outras equipas de saúde promovendo a colaboração interdisciplinar, referenciando e orientando a família para melhorar a qualidade e o acesso aos diferentes serviços oferecidos, gerindo e promovendo ininterruptamente a continuidade de cuidados à família. Prevê, igualmente, que o EEECESF planeie, desenvolva e avalie programas de saúde direcionados à família, vise a promoção de uma cultura organizacional de formação, prática e investigação interprofissionais e que utilize as tecnologias de informação e sistemas de informação disponíveis quer para melhorar os resultados na área da ESF quer para dar visibilidade ao conhecimento sobre a mesma área (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo isto em consideração, serão explanadas no presente subcapítulo as atividades desenvolvidas no âmbito da competência referida.

3.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

O trabalho multidisciplinar em saúde diz respeito à utilização de diferentes disciplinas e áreas de conhecimento com o intuito de dar resposta às necessidades das famílias e aos problemas de saúde dos seus membros. Acoplado ao conceito de multidisciplinaridade e tendo como base a interdependência técnica, surge o conceito de multiprofissionalidade que diz respeito à utilização de diferentes processos de trabalho. Desta forma, a prática deve aglomerar ambos os conceitos e transcendê-los, dando lugar à interdisciplinaridade. Assim, detendo um olhar transversal, podem ser revelados aspetos antes não detetados e inexplorados que se tornam evidentes na interligação entre as disciplinas (Neves, 2012). Os enfermeiros de família, ao deterem uma perspetiva sistémica do cliente alvo de cuidados, devem assegurar a manutenção desta interdisciplinaridade, coordenando entre o mesmo e/ ou os diferentes grupos profissionais e serviços de saúde no sentido de assegurar a prestação de cuidados contínuos e completos (Schlunegger et al., 2022).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II e considerando a prestação de cuidados às famílias em transição para a parentalidade, foi transversal a abordagem entre grupos profissionais e/ ou referência dos membros das famílias de acordo com a necessidade encontrada. Num primeiro momento foram realizadas consultas de Enfermagem com as famílias e os dados obtidos fruto da avaliação da família e dos seus membros, bem como as intervenções realizadas, foram registados no SClínico-CSP®, ficando visíveis para a equipa médica. Também os dados registados por esta equipa é partilhado com a equipa de Enfermagem, potenciando-se, desta forma, a colaboração interdisciplinar e interprofissional entre as diferentes equipas de saúde, abrindo espaço para a discussão das necessidades percecionadas.

No âmbito da referência, as famílias em transição para a parentalidade têm direito aos cursos de preparação para o parto e parentalidade, que se constituem como uma modalidade de intervenção acessível e disponível a todos os membros que vivenciam esta transição, dando oportunidade aos membros ou subsistemas para a partilha e expressão de sentimentos num ambiente de grupo e suporte (Ministério da Saúde, 2015). A mulher grávida tem, igualmente,

direito ao máximo de três “cheques-dentista”, podendo ser ainda referenciadas para a medicina dentária. Estes cheques permitem o acesso a um diagnóstico, a cuidados preventivos e curativos considerando a necessidade individual (Ministério da Saúde, 2015). Desta forma, referenciou-se a família, sempre após a permissão da mesma, através do SClínico-CSP®, gerindo e garantindo a continuidade dos cuidados de saúde com outras UFs.

3.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção

A utilização do sistema de informação (SI) tem-se difundido no sentido de documentar a prática dos enfermeiros, evidenciando-se como ferramentas de caráter decisivo e fundamental na gestão dos serviços de saúde (Moreira, 2014). Para Marin (2010, p. 21), o SI em saúde é um "conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde". A evidência tem deixado claro que o SI é um importante aliado na prática de cuidados de saúde já que se trata de uma ferramenta que facilita o acesso a dados relevantes sobre o cidadão, permitindo a continuidade de cuidados e fornecendo informações relevantes sobre este quer aos pares, quer à equipa multidisciplinar. A evidência demonstra, ainda, uma melhoria na qualidade dos cuidados, nomeadamente no que se refere à efetividade e à segurança do cidadão, reduzindo erros associados à administração de medicação e melhorando a comunicação e a interação entre os diferentes grupos profissionais e entre estes e os próprios clientes (D’Innocenzo, 2010; Dal Sasso et al., 2013; Kim et al., 2017; Chaves & Miranda, 2023). Assim, sendo os SI uma parte decisiva no processo que garante a eficiência, a eficácia e a uniformidade dos cuidados de saúde (Li et al., 2019), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde desenvolveram o SClínico-CSP® que prevê a uniformização dos registos clínicos pelos profissionais de saúde de diversas áreas e a sua sistematização, tornando a sua atuação mais eficiente e potenciando o desempenho multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2023b).

Face ao exposto, no decorrer das consultas realizadas às famílias e seus membros utilizou-se o SClínico-CSP® - com o UNO-ADMIN como *software* que veio substituir o SINUS - como ferramenta de documentação de dados avaliativos, permitindo não só a explanação de dados concretos do sistema familiar como a inserção dos mesmos face aos membros da família ao identificar o Programa Saúde da Família. Neste âmbito, e face à lacuna experienciada no que diz respeito à associação dos membros das famílias nos respetivos agregados familiares – algo que se verificou como sendo uma limitação no próprio registo de dados – sensibilizou-se os diferentes grupos profissionais através da explanação, durante as reuniões de serviço, de exemplos concretos detetados no SClínico-CSP® e apelou-se à atualização dos dados por parte dos secretários clínicos no Registo Nacional do Utente. Informações sobre o agregado familiar incorretas podem resultar numa imprecisa ou incompleta compreensão daquelas que são as reais necessidades, contextos e circunstâncias das famílias, dificultando aquela que é a explanação dos cuidados abrangente, dinâmica e estruturada dos enfermeiros (DeMarco & Healey-Walsh, 2019; Laukka et al., 2023)

A compreensão da realidade organizacional no que respeita aos seus elementos formais – normas, regulamentos, procedimentos – e informais – cultura e poder – bem como a sustentação de uma cultura construtiva é imprescindível pois o encorajamento das interações entre os diferentes elementos da equipa permitirá o consequente crescimento dos mesmos (Meneses & Sanna, 2015; Whitcombe et al., 2016). Ao ser dado ênfase ao desenvolvimento dos recursos humanos, os resultados obtidos tendem a estar relacionados com um maior envolvimento e desenvolvimento dos profissionais (Fonseca et al., 2018). O conceito de cultura organizacional tem vindo a ser utilizado para descrever as crenças, os costumes, ideias, os valores, a linguagem, o conhecimento e informação que regulam e norteiam a relação e o comportamento de um grupo social com o seu meio ambiente (Neves, 2000; Souza et al., 2018). O entendimento fundamentado sobre a mesma torna-se essencial para facilitar a compreensão dos fatores que compõem este constructo nas diferentes organizações, preservando os conhecimentos e hábitos adquiridos e gerados no decorrer da vida organizacional (Feitoza et al., 2019; Marchiori, 2018; Omil, 2021).

Assim, as UFs devem apropriar-se de um modelo de melhoria contínua, alicerçado numa cultura de governação clínica e de saúde que culmine na acreditação das unidades de saúde, definida pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde. A tipologia dos Modelos A e B das USF divergem entre si no modelo retributivo dos profissionais de saúde, assumindo diferentes

patamares no Índice de Desempenho Global (IDG) (ACSS, IP, 2022). Ao adotar a tipologia do Modelo A e considerando a motivação dos profissionais que nela trabalham, a USF onde se desenvolveu o estágio considerou a candidatura a USF de Modelo B e, como tal, este processo foi acompanhado no decorrer dos últimos meses, tendo-se colaborado na revisão dos critérios definidos na Grelha para o Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional (DiOr). Este acompanhamento teve como principal finalidade a revisão dos critérios definidos nesta grelha já que, ao nível de desempenho, a USF deve deter o cumprimento de 100% dos critérios A e pelo menos 60% dos critérios B (ACSS, IP, 2022). A grelha DiOr é um instrumento de referência que garante a monitorização, melhoria da qualidade organizacional e segurança dos cuidados das UFs dos CSP. Internamente, permite a autoavaliação das UFs, constituindo-se como uma ferramenta no âmbito da contratualização relativamente à área da qualidade organizacional. Externamente auxilia nos processos de auditoria e forma de seriação das UFs (ACSS, IP, 2019). A informação que daria resposta aos critérios definidos na grelha DiOr foi sendo colhida por meio da observação e análise documental do arquivo, sistemas de informação e instalações físicas. Posteriormente foi organizado e distribuído pelos grupos de trabalho o acervo documental no sentido de procederem à atualização do mesmo. Semanalmente, aquando da reunião de serviço e considerando essas atualizações, estas eram explanadas à equipa e discutidas sugestões de melhoria.

Também a atividade assistencial realizada pelos CSP é vista como um alicerce no ajuste às necessidades de saúde e, por conseguinte, na melhoria da saúde dos cidadãos (ACSS, IP, 2023). O processo de contratualização incentiva a melhoria do acesso aos cuidados potenciando a melhoria contínua do desempenho e assegurando a participação quer dos utentes, quer dos profissionais de saúde (ACSS, IP, 2023). É a partir deste processo que as USF e os ACeS explanam os resultados e custos à ARS, IP (Santos & Sá, 2010). Ao nível da contratualização interna - entre o ACeS e as UFs, suportada por um Plano de Ação – o atingimento do melhor IDG da UF torna-se o objetivo a ser cumprido. Este corresponde ao valor resultante da soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais. A criação de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) insere-se na subárea “Melhoria Contínua da Qualidade” que diz respeito à área “Qualidade Organizacional”, concorrendo, por sua vez, para a melhoria do IDG (ACSS, IP, 2023).

Desta forma, e considerando a relação entre a análise das 60 famílias e o PAI da USF no âmbito da Saúde da Mulher Grávida para 2022, colaborou-se naquela que foi a redefinição e reestruturação deste PAI para o ano corrente. Juntamente com a enfermeira especialista

responsável pelo desenvolvimento deste PAI, foram revistos os seus objetivos gerais e padrões de qualidade e redefinidos os critérios de inclusão e exclusão. Procedeu-se à reformulação do cronograma de atuação, atribuição das responsabilidades e das competências para os diferentes grupos profissionais e à revisão do tipo de monitorização e avaliação a ser executada no decorrer do ano. A par do acompanhamento do PAI, desenvolveu-se e realizou-se uma formação interna.

A formação e o desenvolvimento profissional são considerados, pela OE (2016), como um pilar imprescindível e decisivo para a melhoria da qualidade do desempenho profissional bem como dos serviços prestados. A formação contínua na carreira de Enfermagem é composta pela formação em serviço - resulta no reforço do conhecimento de base e na aquisição de novas competências e novas práticas nos cuidados de saúde, considerando o contexto – e pela formação complementar – permite ao profissional refletir e questionar as perspetivas e adquirir novos conhecimentos quer teóricos quer técnicos (Gopee, 2015; Marcelino, 2022). É possível considerar a formação contínua como uma necessidade já que permite a reflexão sobre a teoria e a prática e é adquirindo ambas as aprendizagens que os enfermeiros passarão a estar preparados para dar resposta às necessidades das famílias, dando lugar a uma prestação de cuidados mais segura, eficiente e satisfatória (Gopee, 2015; Marcelino, 2022).

Considerando esta pertinência e a sua relação quer com a unidade de competência relativa ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), quer com a Área “Formação Profissional” referente ao Índice de Desempenho Setorial do Índice de Desempenho Global (ACSS, IP, 2023), foi desenvolvido um processo formativo na USF cujo objetivo geral foi liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. No que concerne aos objetivos específicos, estes passaram por dotar a equipa de competências para prestarem cuidados às famílias no âmbito da Adaptação à Gravidez reconhecendo as mesmas enquanto entidades sistémicas, alvo dos cuidados; identificar o conceito e domínios da Adaptação à Gravidez sensíveis aos cuidados de saúde; identificar fatores que pudessem contribuir para o aumento do indicador 295 - proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de vigilância de enfermagem na gravidez e com revisão de puerpério; aumentar a autoperceção de competências para a prestação de cuidados de saúde às famílias em transição para a parentalidade; reconhecer e utilizar as ferramentas para identificação e registo dos dados sobre a família; reconhecer as vantagens da identificação e registo dos dados sobre a família; definir estratégias no sentido de facilitar a adesão às consultas de Saúde da

Mulher grávida. O público-alvo foi a equipa multiprofissional da USF em causa e, para que fosse possível o desenvolvimento de um processo formativo em consonância com as necessidades profissionais, foi desenvolvido um instrumento para o diagnóstico das necessidades formativas através do Google *Forms* (Anexo II).

Os resultados foram analisados e, quando questionados sobre a possibilidade de já terem tido formação sobre Avaliação e Intervenção Familiar, 66,7% responderam que não ao passo que 33,3% responderam que sim. Estes tiveram formação neste âmbito aquando do internado de formação específica em Medicina Geral e Familiar. Quando questionados sobre o conhecimento do MDAIF enquanto referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar, 33,3% responderam que não, sendo que 100% destes teriam interesse em conhecer. Por outro lado, 66,7% responderam que conheciam o MDAIF, não tendo, no entanto, formação nesse âmbito.

No âmbito do conhecimento, os profissionais definiram família como uma “Relação que alguém tem com familiares diretos/ não diretos que sejam importantes para a sua vivência”, que “coabitam, podendo partilhar entre si laços de sangue ou outros”, sendo “muito próximas afetivamente”. Face ao conceito de Adaptação à Gravidez, os profissionais referiram que se trata da “Forma como lida com alterações físicas/ psíquicas e ou ambientais relacionadas com a gravidez”, bem como de um “Conjunto de medidas (alterações físicas ou emocionais) com intuito de adaptação a chegada de um novo membro a família” e de “Adaptar o estilo de vida nas suas distintas variantes, de modo a otimizar a saúde e a evolução da gravidez”. Na perceção dos profissionais, a prestação de cuidados à família quando existe uma gravidez consiste na “Prestação de cuidados ao marido, outros filhos, algum familiar mais dependente mesmo existindo uma gravidez”, em “Assegurar a preparação e bem-estar na alteração da chegada de um novo membro à família, ajustada ao papel de cada um em relação à criança (necessidades e competências)” e em “Prestar informação sobre adaptação e mudanças, ao longo da gravidez, a toda a família, tentando a interação da família”. No que se refere ao conhecimento sobre o Programa Saúde da Família, disponível no SClínico®, 66,7% referiram não conhecer o programa, sendo que, dos 33,3% que responderam que conheciam o programa identificaram como possíveis “fenómenos” passíveis de serem identificados a “Adaptação à Gravidez” e “Trabalho de Parto”. O primeiro fenómeno foi o que consideraram que deveria estar presente em todas as famílias em que existe uma gravidez.

No que diz respeito à autoperceção de competência para a abordagem da família enquanto cliente, 33,3% localizaram-se, de 0 a 10 onde 0 corresponde a totalmente incompetente e 10 a

totalmente competente, no 5, 8 e 9. Face ao registo dos dados no SClínico®, 66,7% não tinham por hábito registar os mesmos no Processo da Família pois não sabiam como o fazer, não tinham tempo ou porque se esqueciam. Os restantes 33,3% tinham esse hábito e consideravam que o mesmo faria “Antecipar possíveis fatores de risco/fatores protetores e consequentes adaptações dos cuidados a grávida e bebé”. No entanto, como fatores dificultadores desse registo identificaram a necessidade de registo em texto livre.

Face à vigilância da saúde da mulher grávida, 100% dos participantes referiram que as mulheres grávidas aderiam habitualmente às consultas referindo que, no decorrer da gestação e no âmbito da vigilância da gravidez, são realizadas um “Mínimo 6” consultas, “5” ou “mais do que seis” consultas, numa periodicidade de “1x/ mês até às 35s, 15/15 dias até 37semanas, semanalmente até parir”, podendo igualmente estar “Depende da idade gestacional”, ou “Normalmente frequência mensal”. Quanto ao agendamento das mesmas, os participantes referiram que, habitualmente, quem agenda a primeira consulta e as seguintes no âmbito da vigilância da gravidez é o “administrativo, restante os médicos” ou “Secretariado clínico, a primeira. Subsequentes são a equipa de saúde familiar (médico ou enfermeiro)”, sendo que 100% dos participantes consideraram que existe um plano de vigilância previamente agendado ou planeado.

Quanto ao não atingimento do ID295 no ano de 2022, os participantes revelaram que a consulta do puerpério, o nível de faltas das mulheres grávidas e o facto de serem acompanhadas no privado poderia estar na base desta questão, sendo que 100% consideravam muitíssimo importante o seu atingimento já que “As grávidas seguidas em pelo menos 5 consultas durante a gestação têm melhores *outcomes* na gravidez, parto e pós parto” e porque “Esse indicador é importante ser atingido para que o indicador de saúde materna esteja no score 2”. Como sugestões para melhorar a adesão às consultas, os participantes sugeriram, sempre que possível, a marcação de todas as consultas, devendo as equipas dedicarem-se, igualmente, às consultas de Planeamento Familiar.

Considerando os achados, foi planeada (Anexo III) e realizada (Anexo IV) na USF uma sessão de formação em serviço intitulada de “Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em transição para a Parentalidade”, que decorreu a 18 de abril de 2023 às 13:00 horas e contou com a participação de quinze profissionais da equipa multiprofissional (Anexo V).

Face à necessidade demonstrada no que dizia respeito ao agendamento das consultas às famílias com mulher grávida traduzida por uma carência de uniformidade no mesmo, foi

desenvolvida uma calculadora de consultas às famílias com mulher grávida que permitirá aos profissionais de Enfermagem e Medicina calcular a data de todas as consultas que devem ser realizadas considerando as orientações propostas pelo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2015). Ao inserir a data do dia em que se encontram bem como a data da última menstruação referida pela mulher grávida, esta calculadora indicar-lhes-á igualmente o número de semanas de gestação em que se encontram bem como a data provável de parto, sugerindo *timings* para a realização de todas as consultas. No caso de já deterem a ecografia do primeiro trimestre, é-lhes possível atualizar os dados, inserindo o dia em que foi realizada a ecografia e o número de semanas de gestação que apresentava aquando da mesma, sendo calculada de imediato a data provável de parto corrigida pelas novas datas e ajustado o *timing* das consultas a serem realizadas (Anexo VI), oferecendo a possibilidade de serem agendadas de imediato no sistema de informação.

No decorrer dos cinco dias seguintes à formação foi identificada a apreciação dos participantes face aos conteúdos formativos, desempenho da formadora, organização da ação e foi aberta a possibilidade de sugerirem melhorias, se assim o considerassem (Anexo VII). Assim, de 0 a 5 onde 0 correspondia a não agradou e 5 agradou muitíssimo, 91,7% dos participantes referiram que a formação lhes agradou muitíssimo tendo correspondido aos objetivos e 8,3% considerou o nível 4. A formação correspondeu às expectativas iniciais no nível 5 de 83,3% dos participantes e a 16,7% no nível 4. No que respeita aos conteúdos programáticos, 91,7% dos participantes consideraram que estes foram muitíssimo interessantes, que tinham muitíssima utilidade e que o tempo dedicado à exposição teórica foi totalmente adequado. Já 83,3% consideraram que foram muitíssimo aprofundados. Em termos de aquisição de novos conhecimentos, a formação foi excelente para 66,7% dos participantes. Quando ao desempenho da formadora, 100% dos participantes consideraram que esta foi muitíssimo clara, tinha ótimo domínio da matéria ministrada e conseguiu de forma excelente motivar os elementos presentes na sessão de formação. Quanto à organização da ação 91,7% dos participantes consideraram que a duração e o horário da ação foi totalmente adequado e 66,7% consideraram os suportes pedagógicos muitíssimo bons. Apesar de não se ter concretizado a avaliação da eficácia face aos objetivos propostos, houve espaço para refletir sobre as possíveis melhorias e para promover uma cultura de formação interprofissional com base na mais atual evidência científica.

A prática baseada na evidência (PBE) é uma abordagem para a resolução de problemas decorrentes da prática clínica que integra o uso escrupuloso da melhor evidência disponível

combinada com a prática clínica, preferências e valores do membro da família. O surgimento deste conceito relacionado com a prática de Enfermagem teve início na década de noventa e daí emergiram os diferentes tipos de revisões da literatura – revisões integrativas, *Scoping Review* (SR), Revisões Sistemáticas, Meta-análises e Metassínteses (Paul et al., 2016; Sousa et al., 2018). Aplicado à prestação de cuidados de saúde, este conceito tem sido reconhecido mundialmente, preconizado para promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros, em particular, são incessantemente desafiados para basearem a sua prestação de cuidados em conhecimento científico de excelência, fazendo com que a PBE seja uma premissa a manter (Sousa et al., 2018), importando, igualmente, a contribuição destes profissionais para o desenvolvimento do conhecimento por meio da sua própria pesquisa (Cullum et al., 2013).

Tendo as prévias orientações em consideração, foi dado início ao desenvolvimento de uma SR que, considerando a premissa da PBE, pretendeu servir de suporte à fundamentação das práticas desenvolvidas. O registo do protocolo da mesma foi intitulado de “Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade: Protocolo de *Scoping Review*” e efetivado na *Open Science Framework* (OSF) *Registries* com o *Digital Object Identifier* <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/38SRU> (Anexo VIII), a 16 de maio de 2023. A escolha para a realização de uma SR prendeu-se com a perceção de evidência dispersa no âmbito da intervenção do enfermeiro de família com famílias em transição para a parentalidade, requerendo um mapeamento rigoroso e específico desta evidência. Foi motivada pela necessidade de identificar a extensão da literatura sobre o tema e analisar lacunas no conhecimento e até fornecer uma visão geral do foco dos estudos encontrados. Para além disto, esta SR pode servir como base para uma futura revisão sistemática (Tricco et al., 2016; Munn et al., 2018). Assim, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), foram definidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), essencial para a organização da seleção dos estudos, extração de dados e esclarecimento do seu significado (Apóstolo, 2017), dando lugar à seguinte questão de revisão: “Que cuidados de Enfermagem são desenvolvidos pelos enfermeiros de família às famílias em transição para a parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários?”. O objetivo é, então, mapear a evidência disponível sobre a intervenção do enfermeiro de família às famílias em transição para a parentalidade no contexto dos CSP. Os resultados desta SR foram utilizados para fundamentar a tomada de decisão face à prática desenvolvida no decorrer do estágio, proporcionando uma base teórica sólida no sentido de compreender o impacto das práticas do

enfermeiro de família no sistema familiar, encontrando-se devidamente explanados no enquadramento teórico. As descobertas podem, de facto, fornecer perspetivas importantes e decisivas na prática daqueles profissionais, de decisores políticos e outros intervenientes envolvidos no planeamento e implementação de políticas, programas e intervenções destinadas às famílias em transição para a parentalidade.

Considerando a propagação de informação e o desenvolvimento da literacia em saúde, estes estão intimamente relacionados com a capacidade de os cidadãos prevenirem doenças ou tomarem decisões sobre a sua saúde (Ruão, 2012). Neste âmbito, as redes sociais têm-se tornado um poderoso veículo para a mesma, existindo um crescimento exponencial do número de estudos publicados (Pinto et al., 2020; Soares, 2022). A rede social *Instagram* em particular revela deter cerca de 1 bilião de utilizadores ativos no Mundo, sendo uma ferramenta importante na comunicação de diversos segmentos populacionais assim como promissora para a promoção da saúde, considerando o seu alcance (Manovich, 2017; Silveira et al., 2020; *Instagram*, 2023). São utilizados infográficos, vídeos curtos e imagens para explicar conceitos de forma clara, para que o público-alvo compreenda a mensagem a ser transmitida, potenciando a literacia em saúde (Soares, 2022). Assim, em agosto de 2022 e a par com a inscrição enquanto membro da SPESF, criou-se o grupo EnF.amília, integrado na sua Comissão de Inovação e Desenvolvimento, cuja finalidade passa pela contribuição para a capacitação das famílias na gestão dos seus processos de vida, em conformidade com aquela que é a missão da sociedade. O trabalho desenvolvido pelo grupo conta com a participação enquanto coordenadora do mesmo e gestora da rede social bem como com a participação de catorze enfermeiros motivados pela ESF - <https://spesf.pt/comissao-inovacao-e-desenvolvimento/>. Os objetivos do EnF.amília visam a promoção da literacia em saúde dos membros das famílias, a oferta aos cidadãos de informação sobre as competências do EEESF e as áreas de atividade do EF e o reconhecimento das necessidades das famílias portuguesas que acedam ao sistema nacional de saúde (SPESF, 2023). O conteúdo produzido pelo grupo está acessível na página de *Instagram* do mesmo (@enf.amilia, <https://www.instagram.com/enf.amilia/>) bem como na rede social Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100084132313342>).

Naquilo que concerne à comunicação científica, esta relaciona-se com um conjunto de atividades que incluem a disseminação e uso da informação, podendo ser utilizadas quer vias de comunicação formais - livros e capítulos de artigos em Revistas Científicas - como vias de comunicação informais – apresentação de trabalhos em eventos científicos, existindo troca de

experiências e conhecimento entre os pares (Garvey & Griffith, 1979 as cited in Hayashi & Guimarães, 2016). No estudo desenvolvido por Hayashi e Guimarães (2016) ficou demonstrado que os eventos científicos são um dos meios de disseminação de informação mais utilizados pelos profissionais. Desta forma, foi considerado relevante a explanação daquela que foi a participação e o contributo para a divulgação da Enfermagem de Saúde Familiar.

Considerando a pertinência da temática abordada no presente relatório e a necessidade da busca incessante pela aquisição de conhecimento na mesma área, participou-se enquanto formanda, a 2 de março de 2023, no evento desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa intitulado “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1ª *Webinar*: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família”, com a duração de duas horas (Anexo IX). A 15 de maio de 2023, no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas, potenciado pela Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Pública, Familiar e Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF), apresentou-se uma comunicação científica em formato de póster cuja temática foi “Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade: Protocolo de *Scoping Review*” (Anexo X; Anexo XI). A 9 de maio de 2023, no evento desenvolvido pelo Grupo de Investigação *NursID - Innovation & Development in Nursing* em colaboração com o CINTESIS, *NursID Spring School 2023*, participou-se no Seminário 7 que dizia respeito à ECESF, com a duração de oito horas (Anexo XII). Neste evento (<https://nursid.esenf.pt/programa/>) proferiu-se o painel “Transições Normativas nas Famílias - Avaliação e Intervenção Familiar” com o tema “Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade” (Anexo XIII). Proferiu-se, igualmente, o painel “Comunicação e Marketing Em Enfermagem De Saúde Familiar”, apresentando o grupo integrado na Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF “EnF.amília”, no papel de coordenadora do mesmo (Anexo XIV). No XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas (<https://www.esenfc.pt/event/event/program/index.php?target=program&defLang=1&event=909>) participou-se como oradora no painel “Sustentabilidade na saúde: Tendências e desafios na família” com o tema “Avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade” (Anexo XV). No âmbito da organização de eventos científicos, no período entre as UCs descritas no presente relatório fez-se parte da Comissão Organizadora do Seminário 7 do *NursID Spring School 2023* (Anexo XVI) e do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, que irá decorrer entre os dias 26 e 28 de outubro do ano corrente. Em suma, a participação ativa em eventos científicos emerge como um pilar fundamental para a ampliação do conhecimento, a

troca de ideias e a promoção da colaboração interdisciplinar, consolidando-se como imperativo na trajetória pela busca pela excelência acadêmica.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com o desenvolvimento do presente capítulo pretendeu-se a descrição e análise crítico-reflexiva da relação entre as experiências vivenciadas no decorrer das UCs Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II e as competências adquiridas como resultado dessas experiências, considerando o perfil de competências específicas do EEECESF descrito no Regulamento nº 428/2018 e o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, exposto no Regulamento nº 140/2019.

Decorrente da reflexão do caminho até aqui percorrido, foi possível dar conta de que, contando com o trabalho de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar motivada, existe uma prestação cuidados de qualidade no âmbito dos CSP capaz de promover a saúde dos membros das famílias e de gerir a imprevisibilidade do sistema que é a família. A relação com admiráveis profissionais no âmbito da ESF que, de forma absolutamente aliciante, partilharam as suas experiências sobre o âmbito da prestação de cuidados às famílias bem como o impacto desta prestação na família como um todo e nos seus membros, serviu como exemplo para inspirar e enriquecer a tomada de decisão, reforçando a importância do compromisso e da dedicação às famílias. Foi possível promover a formação contínua no âmbito da Enfermagem bem como participar e intervir nas reuniões multiprofissionais regulares, que visavam a articulação entre as perspetivas das diferentes classes profissionais face ao trabalho desenvolvido e a reflexão conjunta acerca deste trabalho, dos objetivos e das metas que lhes eram transversais. O objetivo passava por assegurar que as práticas de cuidados de saúde e a gestão dos serviços de saúde às famílias fossem de qualidade, potenciando os ganhos em saúde que são traduzidos por indicadores de desempenho. Como tal, também as suas experiências no âmbito da promoção da cultura organizacional, de formação e prática na USF potenciaram e facilitaram o interesse e envolvimento nestas atividades, designadamente com a colaboração naquela que foi a redefinição e reestruturação do PAI no âmbito da Saúde da Mulher Grávida para o ano corrente e a colaboração na revisão dos critérios definidos na Grelha DiOr para a candidatura da USF a USF de Modelo B.

O desafio passou por inserir neste contexto a lente da perspectiva sistémica que observa não a pessoa isolada de um contexto, mas uma família que, nesta perspectiva, deixa de ser vista como um conjunto de pessoas, passando a ser interpretada como uma rede complexa de conexões, emoções e padrões comportamentais, onde cada parte desempenha um papel significativo na manutenção do todo e onde, reciprocamente, as dinâmicas familiares e valores compartilhados podem influenciar a vida e as escolhas de cada indivíduo. A chave da prestação de cuidados à família e aos seus membros está precisamente em deter esta perspectiva na prestação de cuidados de saúde enquanto EEECESF, estabelecendo uma relação de confiança suficientemente coesa e genuína que permita a abertura dialogal. Foi estabelecido um compromisso interno pessoal que visou a contínua autoavaliação e autorreflexão sobre a prática concretizada, esculpindo a eficácia das interações seguintes com as diferentes famílias.

No sentido de promover a saúde familiar, no decorrer deste percurso procurou-se estabelecer empatia com os membros das famílias, respeitando o seu padrão de funcionamento familiar face à etapa do ciclo vital e capacitando-os para a identificação das suas forças e recursos, das suas próprias necessidades e para a busca de soluções, servindo-se das ferramentas apreendidas no decorrer das consultas. Houve, por isso, um encorajamento direcionado aos membros das famílias no sentido de concretizarem os objetivos a que se propunham, atendendo às especificidades do sistema familiar. Realça-se a interação estabelecida com os membros da Família 3 onde, a partir do reconhecimento da necessidade dos membros do casal (A.M. e D.J.) aumentarem o conhecimento sobre alterações fisiológicas na gravidez, foram identificadas as seguintes forças e recursos: relação dinâmica, comunicação do casal e interação sexual e função sexual. No sentido de transmitir a informação relativa às alterações fisiológicas na gravidez de forma útil e adequada às forças identificadas, mobilizou-se, entre outras técnicas, a metáfora, conforme descrito no Capítulo 3, página 79. A metáfora utilizada considerou o histórico familiar, reforçando a perceção dos membros do casal sobre a comunicação enquanto recurso do mesmo. Efetivamente, ao longo da implementação desta estratégia, ambos faziam a validação e em alguns momentos estabeleceu-se o diálogo entre eles, permitindo identificar a apropriação da informação e o estabelecimento de um plano que permitisse potenciar a adaptação à gravidez.

Houve espaço para os membros das famílias partilharem os seus sentimentos e preocupações sem sentirem julgamento ou vergonha. Foi assegurada a confidencialidade, a segurança e a dignidade dos membros das famílias, elogiando o processo de cada um deles, reforçando o

impacto dos progressos na família como um todo e demonstrando que, mesmo existindo, na perspectiva dos membros, espaço para melhoria, as forças e recursos que detinham naquele momento já eram, por si só, motivo para continuar o trabalho desenvolvido até então.

Isto só foi possível de ser concretizado através de uma recolha de dados criteriosa que deu, em concordância com as necessidades encontradas, lugar à identificação dos diagnósticos, à implementação das intervenções e das respetivas atividades que as concretizaram. Utilizou-se a matriz operativa do MDAIF para nortear a identificação quer das necessidades, quer das forças e recursos das famílias, através da utilização dos instrumentos de avaliação familiar nela inseridas, como o Genograma. Ao representar graficamente as relações e informações familiares da Família 1, abriu-se espaço para o membro da família (A.S.) revelar que a relação estabelecida com a mãe (A.M., membro da família extensa) perturbava o seu bem-estar emocional, referindo sentimentos como o desalento ou tristeza. Face a isto, a EM permitiu a exploração das crenças familiares e dos valores individuais deste membro da família, promovendo, assim, a compreensão do mesmo sobre a relação entre as crenças e valores e o impacto na sua saúde, em particular a sua dimensão emocional. Uma das crenças familiares (de valor) identificadas aludia a que a Família 1 teria de ser capaz de resolver sempre os seus problemas sem a ajuda de terceiros. Neste caso, a EM, enquanto estratégia e técnica motivacional de interação com a família, permitiu a definição de um plano de ação com a incorporação de respostas comportamentais e emocionais face à perceção do controlo sistemático da mãe. Considerando os pressupostos sistémicos, estas respostas poderiam ser utilizadas em outras situações no contexto familiar, visando a promoção do equilíbrio entre as forças e os eventos de stresse extrafamiliares. Para além do Genograma, a utilização do Ecomapa potenciou a identificação das interações entre o membro da Família 4 (S.A.) e o seu ambiente, o que deu lugar ao reconhecimento do acompanhamento deste membro numa instituição de saúde por apresentar uma perturbação depressiva, despoletada pela morte do seu pai. Com esta identificação, houve espaço para S.A. partilhar o quão doloroso ainda era pensar no pai e o impacto que essa dor tinha nela própria, na família extensa e na própria relação conjugal. Utilizando o questionamento linear, circular e reflexivo, foi possível analisar o histórico familiar, explorar as relações estabelecidas entre os membros da Família 4 e a família extensa e ainda as crenças espirituais, facilitando o processo de luto ao promover a mudança comportamental e melhorando a abertura dialogal com a restante família.

De uma forma geral, o recurso aos instrumentos de avaliação familiar, à EFS, à EM e às técnicas transversais e específicas, incentivou os membros das famílias para a partilha das suas narrativas, o que possibilitou a compreensão da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. Para além disto, houve a exposição de sintomas que poderiam estar a influenciar a dinâmica familiar e a saúde dos membros das famílias, abrindo espaço para analisar e refletir sobre a forma como os recursos disponíveis poderiam facilitar a adaptação à nova realidade. Sempre que necessário e no sentido de maximizar os recursos oferecidos às famílias bem como aumentar o potencial de saúde dos seus membros, procedeu-se à sua referência para outras instituições e/ou profissionais de saúde, nomeadamente para as aulas de preparação para o parto e parentalidade, o que se constituiu como uma prática valorizada pelos membros das famílias já que permitiu que estes atingissem diferentes níveis de cuidados no âmbito dos CSP.

A formalização da monitorização e avaliação das respostas familiares foi concretizada com recurso ao SClínico-CSP®, sempre que possível, reconhecendo, no entanto, as limitações do próprio sistema de informação no que diz respeito à explanação dos dados de avaliação e intervenção à família e aos seus membros. Apesar de os sistemas de informação desempenharem um papel crucial na colheita, armazenamento, análise e na disseminação de dados relevantes para a prestação de cuidados de saúde, o SClínico-CSP® detém critérios de diagnóstico relacionados com o Programa Saúde da Família escassos, dando espaço para a identificação de diagnósticos pouco fundamentados e, conseqüentemente, intervenções pouco direcionadas às necessidades, ficando a eficácia interventiva monitorizável limitada ao que o sistema detém. Houve, contudo, espaço no decorrer das UCs para refletir acerca desta temática e reconhecer que, uma vez que os sistemas de informação atualmente em vigor nos CSP preveem espelhar aquela que é a prática e a continuidade dos cuidados prestados às famílias e aos seus membros como parte de um sistema, deve existir uma remodelação emergente. Esta deve ser iniciada pela reformulação daquele que é o *backend* do sistema de informação em uso no sentido de potenciar a formalização e a avaliação das respostas e, posteriormente, reformular os indicadores de desempenho atualmente contratualizados, abrindo espaço para os indicadores diretamente relacionados com os ganhos em saúde das famílias.

A mobilização e articulação de conhecimentos provenientes das teorias das ciências comportamentais e sociais, da terapia familiar e teorias de Enfermagem foram cruciais para o processo de tomada de decisão consciente e fundamentada. A busca pela mais eficaz e

competente prestação de cuidados foi ainda concretizada pelo envolvimento naqueles que foram os eventos científicos onde se participou no decorrer deste percurso, como o NursID *Spring School* ou o XV Encontro do Dia Internacional da Família, pela leitura da mais atual evidência científica sobre a área específica da ESF no país e no Mundo e pelo recurso às normas, regulamentos e programas em vigor em Portugal que norteiam a prática, nomeadamente os regulamentos aprovados pela OE para a regulação dos cuidados especializados e os programas de saúde prioritários no âmbito do Plano Nacional de Saúde. Esta busca resultou na necessidade de desenvolver um protocolo de SR intitulada “Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade: Protocolo de *Scoping Review*”, cujos resultados serviram, igualmente, para fundamentar a tomada de decisão face à prática. A promoção da literacia em saúde nas famílias e a visibilidade da Enfermagem de Saúde Familiar foi facilitada a partir da integração e desenvolvimento do grupo EnF.amília, inserido na Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF e integrado nas redes sociais *Instagram* e *Facebook*.

Por tudo o que foi descrito, a expansão de competências ao longo do desenvolvimento das UCs resultou, inevitavelmente, na criação de novos e fundamentados *insights* e refinou as habilidades de comunicação verbal e escrita, o que contribuiu para a concretização de uma prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar especializada, dinâmica, flexível e personalizada, facilitando a resposta dos membros das famílias em situações de transição familiar e promovendo, consequentemente, a saúde familiar e a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente relatório procurou a explanação de um percurso formativo compatível com o desenvolvimento de competências específicas da ECESF, englobando a prática de cuidados especializados às famílias em transição para a parentalidade. Esta prática teve na sua essência o estudo e a apropriação de referenciais teóricos que foram norteadores da prestação de cuidados à família e seus membros já que, só detendo motivação para o desenvolvimento de uma fonte teórica bem estruturada e atualizada, se pode intervir eficazmente aos diferentes níveis de prevenção, iniciando pela promoção da saúde familiar.

A abordagem sistémica, dinâmica e flexível à família foi facilitada pela utilização do MDAIF, tendo-se revelado um excelente recurso para a avaliação e intervenção nas famílias em transição normativa para a parentalidade pelos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF que foram possíveis obter. A natureza dos critérios diagnósticos bem como a identificação dos próprios diagnósticos e intervenções associadas propostas pelo MDAIF, norteou igualmente a utilização de técnicas transversais e específicas no âmbito das atividades diagnósticas e das atividades que concretizaram intervenções, o que resultou na apropriação de competências comunicacionais e numa maior eficácia quer na recolha de dados, quer na promoção da saúde familiar. Intercetada com a abordagem sistémica, a abordagem ao membro da família requisitou igualmente a apropriação da Teoria das Transições no sentido de fundamentar, interpretar e atuar no mesmo considerando a natureza, as condições e os padrões de resposta à transição vivenciada pelo membro da família. Assim, importa cruzar e considerar os referenciais teóricos de Enfermagem uma vez que estes relevam e apoiam a prestação de cuidados de Enfermagem às famílias e aos seus membros. Desta forma assegurou-se que esta prestação gerasse ganhos em saúde com impacto no todo familiar, responsabilizando, identificando e utilizando as forças e os recursos disponíveis em cada família.

Pretendeu-se, igualmente, contribuir diretamente para aquela que é a formação contínua no âmbito da Enfermagem, abrindo espaço para a reflexão sobre a teoria e a prática potenciando a segurança e a eficiência na prestação de cuidados às famílias. Contribuiu-se, ainda, para a demonstração científica e consequente desenvolvimento do corpo de conhecimento específico

de ECESF, através dos achados da SR realizada. Em conformidade com os mesmos, sugere-se a continuidade da pesquisa e demonstração da atuação do enfermeiro de família em proximidade com as famílias em transição para a parentalidade já que, nos últimos anos, esta evidência demonstrou ser escassa.

Com a concretização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II promoveu-se, de forma inegável, o desenvolvimento pessoal e profissional através da captação e interpretação da complexidade do sistema familiar. Ao atuar em proximidade com as famílias e seus membros, moldou-se o pensamento para a necessidade de deter a família enquanto foco dos cuidados de Enfermagem e aliou-se este entendimento à percepção da sua multidimensionalidade. Isto requereu a identificação da família enquanto sistema com propriedades de autodefinição e transformação ao longo do seu ciclo vital, servindo como base para a capacitação dos seus membros considerando os seus potenciais, forças e recursos com vista à obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Guia para a Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DiOr-CSP)*. <https://app.box.com/s/865e457d8179be5d17bf>.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). *Manual de Candidatura e Acompanhamento das Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primário*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Manual-de-Candidatura-e-Acompanhamento-das-UF-em-CSP_032022.pdf.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2023). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf.
- Angus, L. E. (2018). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In *Metaphor: Implications and applications*, 73-84. Psychology Press.
- Almeida, A. M. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Assembleia da República. (2019). *Lei nº 90/2019, de 4 de setembro*. Diário da República, Série I – Nº169 – 4 de setembro.
- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*. Diário da República, Série I – Nº169 – 4 de setembro.
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E., & Randel, P. (2015). The Power of Relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during post-partum home visits. *Journal of Family Nursing*, 21(1), 11–34.
- Azevedo, A. (2017). *Construção da parentalidade: o papel do enfermeiro de família* (Tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, Universidade de Aveiro). <http://hdl.handle.net/10773/23046>.
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>.
- Bateson, G. (1955). A Theory of Play and Fantasy. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39-51.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Fim de Século.
- Bernal, I., & Henao, L. (2005). *Uso de la metáfora en la terapia sistémica. Terapia familiar sistémica. Experiencias, saberes y conocimiento*. Universidad Pontificia Bolivariana, 240-261.

- Benardino, D. (2012). *Empoderamento em Enfermagem Comunitária: Análise de um contexto* (Tese de mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde de Santarém). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1264>.
- Bernardi, D. (2017). Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. *Psicologia Revista*, 26(1), 59–80. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1pp.59-80>.
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes Petrópolis.
- Biroli, F. (2014). *Família: novos conceitos*. Fundação Perseu Abramo.
- Bispo, E. (2016). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade* (Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Santarém).
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Brandão, M., Martins, J., Peixoto, M., Lopes, R., & Primo, C. (2018). Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de Enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26.
- Brás, M., Brás, M., & Moura, S. (2013). Enfermeiro de Família, um especialista de e com futuro?. In Pimentel, M., Novo, A., Prior, A., Magalhães, C., Antão, C., Anes, E., Preto, L., Pinto, L., Brás, M., Mata, M., Baptista, M., Gomes, M., & Silva, N. (Eds). *Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança*, 240-245. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9440/1/E-Book%20240-245.pdf>.
- Brás, M., Brás, R., Figueiredo, M., & Curopos, L. (2019). *Estudo de caso à luz do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar* (Poster). NursID Week 2019 - Semana de Investigação Em Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10198/20818>.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>.
- Cardona, I. & Osorio, Y. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (44), 15-35. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/802/1322>.
- Castoldi, L., Gonçalves, T. R., & Lopes, R. C. (2014) Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebé. *Psicologia em estudo*, 19(2). 247-259.
- Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712.
- Costa, A. (2013). *Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família* (Tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Instituto Politécnico de Viseu). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1979>.
- Crespo, C. (2011). *“À mesa com a família”: Rituais familiares ao longo do ciclo de vida*. LivPsic. <http://hdl.handle.net/10316/17589>.

- Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro Para a Saúde – Todos temos um Papel a Desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, B., & Marks, S. (2013). *Evidence-based nursing: an introduction*. John Wiley & Sons.
- Dal Sasso, G. T., Barra, D. C., Paese, F., de Almeida, S. R., Rios, G. C., Marinho, M. M., & Debétio, M. G. (2013). Processo de Enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(1), 242–249. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100031>.
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Quero, M., Savané, M., Singh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M., & Nanzhao, Z. (2003). *Educação: um tesouro a descobrir* (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI) (8ª ed.). Cortez.
- Dessen, M. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: ciência e profissão*, 30, 202-219.
- D’Innocenzo, M. (2010). *Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde* (2ª ed.). Martinari.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A., Khan-Neelofur, D., & Piaggio, G. (2015). *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. The Cochrane database of systematic reviews, CD000934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3>.
- DeMarco, R., & Healey-Walsh, J. (2019). *Community & Public Health Nursing: Evidence for Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Feitoza, R., de Sousa, L., Campos, I., & Duarte, E. (2019). Memória Organizacional na Ciência da Informação: desvendando relações com o Conhecimento Organizacional. *Em Questão*, 25(1), 473-498.
- Ferreira, M., Lopes, M., Moreira, A., Gomes, T., Marques, A., Lopes, A., Santos, M., Dias, S., & Figueiredo, M. (2019). Enfermeiro de Família: Representação das famílias. *Revista ROL de Enfermería*, 42(11-12).
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.
- Fletcher, G. S. (2021). *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. Artmed Editora.

- Fonseca, P., Lowen, I., Lourenço, M., & Peres, A. (2018). Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. *Saúde em Debate*, 42, 318-330.
- Frericks, P., & Gurín, M. (2023). Family as a redistributive principle of welfare states: An international comparison. *Journal of European Social Policy*, 33(1), 52-66.
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2019). A Enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 273-282.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2009). *Situação Mundial da Infância 2009: Saúde Materna e Neonatal*. https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
- Gabel, C. L. M., & Soares, D. H. P. (2006). Contribuições da terapia familiar sistêmica para a escolha profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 7(1), 57-64.
- Garcês, M. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>.
- Gopee, N. (2015). *Mentoring and supervision in healthcare*. Sage.
- Grácio, D. M. Á. (2016). *Rituais familiares e percepção de falso self em adultos emergentes* (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/27890>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Lusociência.
- Hayashi, M., & Guimarães, V. (2016). A comunicação da ciência em eventos científicos na visão de pesquisadores. *Em Questão*, 161-183.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de Enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 23*, 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência.
- Høgmo, B., Bondas, T., & Alstveit, M. (2022). Parents' experiences with public health nursing during the postnatal period: A reflective lifeworld research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Instagram. (2023). *About us*. <https://about.instagram.com/about-us>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023a). *Pordata, Portugal - Idade média da mãe ao nascimento de um filho*. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023b). *Pordata, Portugal – Taxa bruta de natalidade*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+bruta+de+natalidade-527>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023c). *Pordata, Portugal – Taxa de mortalidade materna*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+materna-619>.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023d). *Pordata, Portugal – Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.
- International Council of Nurses. (2023). *International Classification for Nursing Practice – Browser*, 2019 release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- International Family Nursing Association. (2023). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. doi:10.46658/JBIMES-20-01.
- Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for Solutions*. Brooks/Cole, Cengage Learning. <https://books.google.st/books?id=PeguLgEACAAJ>.
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Kelly, G. (2020). *The Psychology of Personal Constructs* (1^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359037>.
- Kim, M. O., Coiera, E., & Magrabi, F. (2017). Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*. doi: 10.1093/jamia/ocw154. PMID: 28011595; PMCID: PMC7651955.
- 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/https://doi.org/10.1111/jan.15481>.
- Leonello, V., Vieira, M., & Duarte, T. (2018). Competências para ação educativa de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1072-1078.
- Lapão, L. (2008). The Role of Complexity Dynamics in the Innovation Process within the new Primary-Care Governance Model in Portugal. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. https://www.innovation.cc/scholarly-style/2008_13_3_8_lapao_gov-portugal.pdf.
- Li, G., Liu, Y., Zhao, H., & Cai, H. (2019). Researchon Application of Network System to Nursing Management. *11th International Conference on Measuring Technology and Mechatronics Automation (ICMTMA)*. doi: 10.1109/ICMTMA.2019.00161.
- Lichtenberg, J. D. (2009). The clinical power of metaphoric experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 29(1), 48-57.
- Manovich, L. (2017). Instagram and contemporary image. *Redes Sociais*. <http://manovich.net/index.php/projects/instagram-and-contemporary-image>.
- Manzini, E. (2004). *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, Bauru.

https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf.

- Marcelino, D. (2022, 23 de fevereiro). *A importância da formação contínua para profissionais de saúde*. Mycareforce. <https://mycareforce.co/blog/a-importancia-da-formacao-continua-para-profissionais-de-saude/>.
- Marchiori, M. (2018). *Cultura e comunicação organizacional: um olhar estratégico sobre a organização*. Difusão Editora.
- Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1). Recuperado de <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>.
- Martins, C. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de Enfermagem* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/9420>.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Saúde*. <http://hdl.handle.net/10451/9420>.
- Meneses, A., & Sanna, M. (2015). Research methods used in the production of knowledge on nursing administration. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34648/20692>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Miller, E. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guildford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1996). ¿Que es la Entrevista Motivacional?. *RET: Revista de Toxicomanías*, (6), 3-7.
- Ministério da Saúde. (2006). *Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro*. Diário da República nº 34, Série I-B de 16 de fevereiro de 2006, páginas 1256 – 1258.
- Ministério da Saúde. (2007a). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto*. Diário da República n.º 161/2007, Série I de 22 de agosto de 2007, páginas 5587 – 5596.
- Ministério da Saúde. (2007b). *Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro*. Diário da República, 1.ª série — N.º 201 — 18 de outubro de 2007.
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República, Série I- n.º 38 – 22 de fevereiro de 2008, páginas 1182-1189.
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014.
- Ministério da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho*. Diário da República, Série I- n.º 118/2017 – 21 de junho de 2017, páginas 3128 – 3140.

- Ministério da Saúde. (2022). *BI-UF, ARS Norte, ACeS Grando Porto V – Porto Ocidental, USF*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10018/1131173/Pages/default.aspx>.
- Ministério da Saúde. (2023a). *Guia do Utente*. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/guia-do-utente/>.
- Ministério da Saúde. (2023b). *SClínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>.
- Ministérios das Finanças e da Saúde. (2013). *Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de setembro*. Diário da República, 1.ª série — N.º 252 — 30 de dezembro de 2013.
- Moreira, J. (2012). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Que Impacto?* (Tese de mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto). U. Porto, Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/72098>.
- Moreira, R. M. (2014). *Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de Enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar São João* (Tese de Mestrado,). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9732>.
- Munn, Z., Aromataris, E., Tufanaru, C., Stern, C., Porritt, K., Farrow, J., Lockwood, C., Stephenson, M., Moola, S., Lizarondo, L., McArthur, A., Peters, M., Pearson, A., & Jordan, Z. (2018). The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs institute system for the unified management, assessment and review of information (JBI SUMARI). *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1):p 36-43, March 2019. doi: 10.1097/XEB.000000000000152.
- Murteiro, A., Vítor, C., Figueiredo, M., Silva, M., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2021). *Perceção de competência dos enfermeiros de família sobre a entrevista familiar sistémica* (Comunicação oral). Repositório Científico, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=yCQgS5Xn>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2021). *Antenatal Care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Rationale-and-impact>.
- Neves, J. G. (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos* (1ª ed.). Editora RH.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J., & Kronborg, H. (2015). *Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis*. Midwifery, 31(10), 926-934. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>.
- Ochoa De Alda, I. (1995). *Enfoques em Terapia Familiar Sistémica*. Herder.
- Omil, C. (2021). *Clima e cultura organizacional: Estudo com enfermeiros em contexto hospitalar* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38953/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Camila%20Omil.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. Diário da República n.º 35 – II Série.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas, S.A.. ISBN: 978-989-8444-30-1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros, Versão 1*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135 – II Série.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 – II Série.*
- Pascoal, M., & de Souza, V. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de Enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536-553.
- Paul, F., Connor, L., McCabe, M., & Ziniel, S. (2016). The development and content validity testing of the Quick-EBP-VIK: a survey instrument measuring nurses' values, knowledge and implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 118.
- Pereira, A. (2012). *Vulnerabilidade social e acesso aos cuidados de saúde* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16184>.
- Pinto, P. A., Antunes, M. J. L., & Almeida, A. M. P. (2020). O Instagram enquanto ferramenta de comunicação em saúde pública: uma revisão sistemática. In 2020 15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), 24-27.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2005). *Resolução do Conselho de Ministros 60/2007, de 24 de abril*. Diário da República, Série I- n.º 80/2007 – 24 de abril.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022a). *Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto*. Diário da República, Série I- n.º 150/2022 – 4 de agosto, páginas 5-52.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022b). *Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro*. Diário da República, Série I- n.º 185/2022 – 23 de setembro, páginas 2-21.
- Proschaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 102-114.
- Public Health Agency of Canada. 2020. *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines - Chapter 3: Care During Pregnancy*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc->

sc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3-en.pdf.

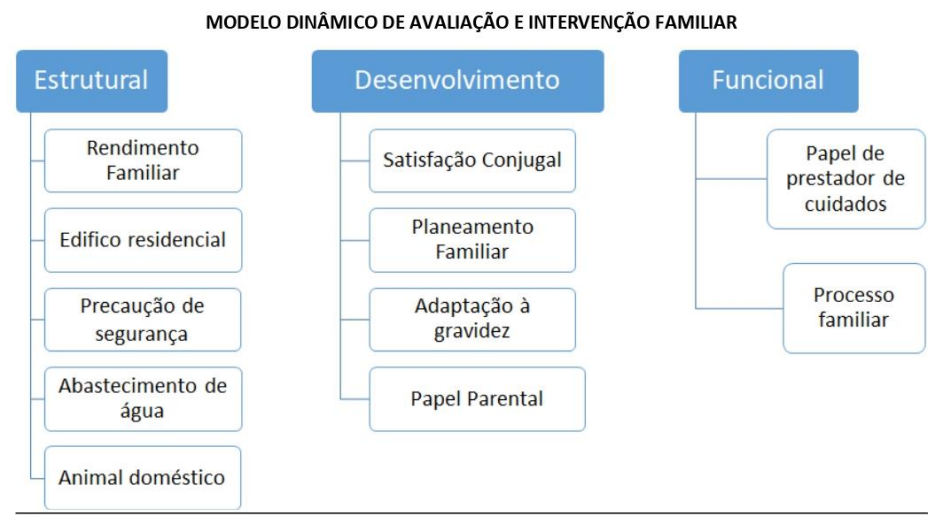
- Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *Revista Psicologia*, 12(1), 13-24.
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar. O Bisturi do médico de família. *Revista portuguesa de Clínica Geral*, 23, 309-17.
- Relvas, P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 14, 563-579.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2007). Família, saúde e doença. O que diz a investigação?. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3), 299–306. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10363>.
- Ribeiro, O., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48.
- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A., Pinto, M., & Figueiredo, M. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso. *Pensar Enfermagem - Journal of Nursing*, 25(1), 19-30.
- Ruão, T. (2012). Fontes e Assessorias em Saúde: duas faces da mesma moeda?. In S. Marinho, T. Ruão, F. Lopes, Z. Pinto-Coelho & L. Fernandes, *Olhares Cruzados sobre Comunicação na Saúde: relatório de um debate* (pp. 41-50). Universidade do Minho. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade.
- Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V., & Lise, F. (2021). Nurses' attitudes in family care in the context of primary health care. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Santos, E. J. (2019). *Da Avaliação Familiar Ao Processo De Enfermagem À Família – Construção De Um Programa De Desenvolvimento De Competências* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.
- Santos, I., & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 606-12. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10803/10539>.
- Santos, I. I. V. D., & Cunha, M. O. (2012). *Auto-compaixão: a sua relação com os estados emocionais negativos* (Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga Escola Superior De Altos Estudos). Repositório ISMT. <http://dspace.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/314>.
- Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). 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>.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.

- Silva, M., Gavinhos, M., Neves, V., & Camarneiro, A. (2021). Fatores Protetores e Dificultadores da Conjugalidade na Transição para a Parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2).
- Silva, R., Olegário, T., Costa, D., Duarte, F., Nelson, A., & Prado, N. (2013). Análise Contextual Do Trabalho Do Enfermeiro Na Atenção Básica: Revisão Integrativa. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(10).
- Silveira, J., dos Santos Luis, Z., Bueno, R. K., & Wottrich, S. H. (2020). Instagram como meio de promoção à saúde. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 12(3).
- Soares, H. (2022). *Comunicação em saúde: o contributo das influenciadoras digitais na promoção da literacia em saúde* (Tese de Mestrado). RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/84254>.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. (2023). Comissão – Inovação e Desenvolvimento – Enf.amília. <https://spesf.pt/comissao-inovacao-e-desenvolvimento/>.
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação de questões de pesquisa na prática baseada em evidências. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39.
- Souza, L., Rocha, F., & Mazzo, L. (2018). Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo 1. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 26(1), 85-95.
- Thome, M., & Arnardottir, S. (2013). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 805-816.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions?. *Family process*, 27(1), 1-15.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>.
- Trevisano, R. G., Almeida, J. V., & Barreto, C. A. (2019). O olhar da Enfermagem no processo de luto. *Revista Saúde em Foco*. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, M., Ng, C., Sharpe, J., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H., & Straus, S. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*. doi:10.1186/s12874-016-0116-4.
- Umbelino, A. B. (2003). Positive connotation: A short story about the myth. *Journal of family psychotherapy*, 14(2), 13-29.
- Unidade de Saúde Familiar. (2022). *Manual de Acolhimento para profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem*.
- Vasconcellos, M. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Papirus Editora.

- Virgolino, A. P. L. (2008). *Co-construindo problemas e soluções num passo de mágica?: o processo de mudança em sessões únicas de terapia* (Tese de Mestrado). Repositório da Universidade de Lisboa-
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/772/1/17172_TeseMIP_Ana_Patricia_Virgolino.pdf.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Watzlawick, P., Bealvin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Editora Cultrix.
- Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303-316.
<https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>.
- Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. Routledge.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós Barcelona.
- Whitcombe, A., Cooper, K., & Palmer, E. (2016). The relationship between organizational culture and the health and wellbeing of hospital nurses worldwide: a mixed methods systematic review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 14(6), 103-116.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. The MIT Press.
- Williams, L. & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38, 535– 554.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5ª ed.). Springer Publishing Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª ed.). FA Davis.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.
- Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2). 453-470.
- Zuluaga, M., Mesa, S., Valência, J. & Bustamante, A. (2019). A metáfora na terapia familiar: fundamentos para a intervenção. *Jornal da Faculdade de Serviço Social*, 35(35), 80-105.

ANEXOS

ANEXO I – Matriz Operativa do MDAIF: Versão Reduzida



A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

Dado avaliativo: Tipo de Família (eliminar o que não se adequa)		
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	
Tipo	Nome(s) (igual ao assinalado no genograma)
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)

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

Dado avaliativo: Classe social									
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
GRAU	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 e/ 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 Universitários (al. Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior (ordenação) ≤ 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	- Pequ. 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	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau I) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível I	- 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 (barracos, 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" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 453 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

(eliminar o que não se adequa)

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

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</u> / <u>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	<u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4</u> ou <u>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 Rendimiento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	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)</u> (Se adequado)	

Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente (eliminar o que não se adequa)
Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado) - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de edifício (no caso de TH 4 ou 5) - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa (no caso de Higiene da Habitação Não Presente) - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (no caso de Higiene da Habitação Não Presente)
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Edifício residencial Não Seguro se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. Edifício residencial negligenciado 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 (eliminar o que não se adequa)



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	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 (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	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) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <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 (central, lareira, ar condicionado, etc.)</u> 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 (canalizado ou botija)</u> 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) <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>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i> <i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, e especificar (furo, poço, ...)</i> - No caso de rede privada ou rede mista: - Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: - Com / Sem Controle da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controle da qualidade da água: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controle da qualidade - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Crítérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Abastecimento de Água Não Adequado

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

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação

	- <u>Se Ausência de vacinação</u> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico (colocar texto livre, se não demonstrado) • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade (colocar texto livre, se não demonstrado) - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> • 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) - <u>Outros dados:</u> (colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)
Crítérios diagnósticos	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)]
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado (eliminar o que não se adequa)



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	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	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <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>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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))
	Fundamentação	
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))
	Fundamentação	
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))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação dinâmica disfuncional 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	
<u>O casal conversa sobre</u>	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

<u>as expectativas e receios de cada um</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	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 do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</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))
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	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	
Crítérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
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	
<u>Disfunções Sexuais</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	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: • 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) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.2- Planejamento 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 <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- <u>Alterações / Sem alterações na fertilidade do casal</u>	
<u>Alterações na fertilidade do casal</u>	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	
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 <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.2.1.3- 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 Contraceptivo	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contraceptivo <i>Se Uso qual?</i>	
<u>Uso de Contraceptivo</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 contraceptivo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
<u>Interrupção do uso de contraceptivo</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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Satisfação com o contracetivo adotado</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos		
<u>Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência		
<u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos		
<u>Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos</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))	
	Fundamentação		
Crítérios diagnósticos	Uso de contracetivo Não adequado Se: Uso de contracetivo 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		
<u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>		
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados	

<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino		
<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez		
<u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes		
<u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas		
<u>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</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))	
	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 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 contracetivo e uso de contracetivo 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 contracetivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Se Planeamento Familiar Ineficaz (livre) Intervenções sugeridas (eliminar o que não se adequa)	
	Il 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 contracetivo adotado Motivar para o uso do contracetivo Providenciar contracetivo 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) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <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	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
Diagnóstica do item		
Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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, 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.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>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
	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 <u>Conhecimento sobre desenvolvimento fetal</u>	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
	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 <u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
	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 <u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
	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 <u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê</u>	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê.	
	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 <u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
	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	

	Fundamentação	
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 (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	
Crítérios 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 (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.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 (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.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
<u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</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))
	Fundamentação	
Crítérios 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	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	

A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetria	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.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	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.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	
O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	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	
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>	

Foco	B.3. Adaptação à gravidez
Critérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: • 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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas 	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	II sobre etapas de adaptação á gravidez
	II 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) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <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	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</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.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</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>
	Fundamentação	
	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</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 <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	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	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 características das dejeções do recém-nascido</u>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	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</u>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	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>perda de peso fisiológica</u>	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento 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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento 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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao 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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao 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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde	
<u>Conhecimento dos pais sobre a</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>

vigilância de saúde		
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
<u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</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))
	Fundamentação	
Critérios 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 (eliminar o que não se adequa)	
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	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.2- 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>	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.4.2.3- 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>	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.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</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.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</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.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</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.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais 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.4.2.12- 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>

	e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.15-Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</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))
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.3-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 (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))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Atividade diagnóstica (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))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.5-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 (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))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança	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))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
Os pais promovem a socialização da criança	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))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação		
	B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas		
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</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))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança		
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</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))	
	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 (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO		
<u>Consenso do papel</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))	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO		
<u>Conflito do papel</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))	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO		
<u>Saturação do papel</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))	

	<i>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)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • 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:	• 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)



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	(Recém-nascido) Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação (De recém-nascido até à infância escolar) Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes 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 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 o envolvimento da família alargada 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
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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>	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.5.1.2- 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>	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.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de</u>	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>sono/repouso adequado à criança</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</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))
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	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.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
	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.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
	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.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	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.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	
	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.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<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>	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.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar	
<u>Criação de espaço para a criança estudar</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.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança	
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</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.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares	
<u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</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.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança	
<u>Promoção da socialização/autonomia da criança</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	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 (eliminar o que não se adequa)	
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	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
<u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
<u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
<u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</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))
	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	
<u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</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))
	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	

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

Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</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))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</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))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos pequenos (da infância escolar ao início da adolescência)	
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • 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:	• 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 (eliminar o que não se adequa)	



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos 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 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 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
	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
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar 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>
	Fundamentação	
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 (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 <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente		
	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 <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente		
	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 <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral		
	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 <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente		
	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 <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente		
	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.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
<u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</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))
	Fundamentação	
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 (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	

Os pais proporcionam a 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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente	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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente	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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente	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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais definem regras entre os subsistemas	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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem a interação com o grupo de amigos	B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	<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>
Critérios 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 (eliminar o que não se adequa)	
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 (eliminar o que não se adequa)	
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) 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 (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	

Atividade Diagnóstica do item	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</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))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • 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:	• 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)	



Se Papel Parental Não Adequado

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

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

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

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • 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:	• 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)



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	
<u>Saturação SIM</u>	Promover o envolvimento da família alargada	
	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	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
<u>Avaliação de resultados das intervenções</u> <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente (eliminar o que não se adequa)							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u> (eliminar se não se adequa)							
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 <u>SIM</u>		
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		
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	
<u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</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))
	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	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</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))
	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	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de</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))

Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</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))
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u> Critérios diagnósticos	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada 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	
	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 <u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u> Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular 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 <u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover 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 <u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado 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 <u>O Prestador de cuidados promove a</u>	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional 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	

Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente		
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
<u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u>	C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente	
	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))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
<u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u>	C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	
	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))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
<u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u>	C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
	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))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
<u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u>	C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	
	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))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	

<u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</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))
Critérios diagnósticos	Fundamentação Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.3.1- Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</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))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1- Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</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))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</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))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: • 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:	• 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 (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	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 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 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 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
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	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
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 FAVORÁVEL, especificar</i>)		
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.					
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	25	11	27	13	21	15	30	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)				
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	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
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					
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	
	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Atividade Diagnóstica do item	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Comunicação Emocional</u>	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	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 <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	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 <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	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	
Critérios diagnósticos	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 Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa) Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
	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 <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	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 <u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	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	
	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Atividade Diagnóstica do item	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Funcionalidade da Família	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: 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)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	• 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>	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planear rituais familiares Otimizar padrão de assertividade Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel Avaliar saturação do papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família 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) Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Avaliar os conflitos do Papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família 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) Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação
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>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

ANEXO II – Diagnóstico das Necessidades de Formação Profissional

17/05/23, 10:58

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

3 respostas

PARTE I

1. Refira como define o conceito de família.

3 respostas

Relação que alguém tem com familiares directos /não directos que sejam importantes para a sua vivência

Um conjunto de pessoas que coabitam, podendo partilhar entre si laços de sangue ou outros

Pessoas muito próximas afetivamente, podendo ou não partilhar laços de sangue.

2. Refira como define o conceito de Adaptação à Gravidez.

3 respostas

Forma como lida com alterações físicas/psíquicas e ou ambientais relacionadas com a gravidez

Conjunto de medidas (alterações físicas ou emocionais) com intuito de adaptação a chegada de um novo membro a família

Adaptar o estilo de vida nas suas distintas variantes, de modo a otimizar a saúde e a evolução da gravidez.

3. Em que consiste, na sua perceção, a prestação de cuidados à família quando existe uma gravidez?

3 respostas

Prestação de cuidados ao marido, outros filhos, algum familiar mais dependente mesmo existindo uma gravidez

Assegurar a preparação e bem estar na alteração da chegada de um novo membro à família, ajustada ao papel de cada um em relação à criança (necessidades e competências)

Prestar informação sobre adaptação e mudanças, ao longo da gravidez, a toda a família, tentando a interação da família.

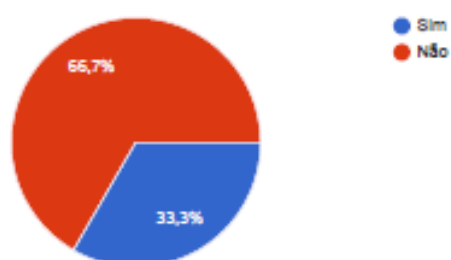
https://docs.google.com/forms/d/1fG0VojALpJfYGoJEoNw_yhju7gMh7MxvoGWLUIE4o/viewanalytics

1/9

4. Já teve alguma formação sobre Avaliação e Intervenção Familiar?

 Copiar

3 respostas



4.1. Se respondeu SIM à questão anterior, por favor especifique a formação.

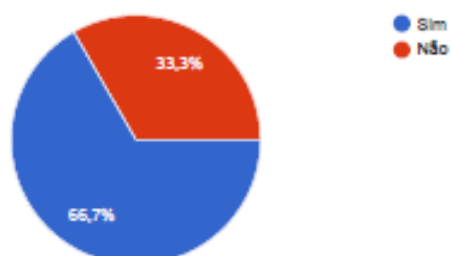
1 resposta

No âmbito do internato de formação específica em MGF

5. Conhece ou já ouviu falar do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) enquanto referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar?

 Copiar

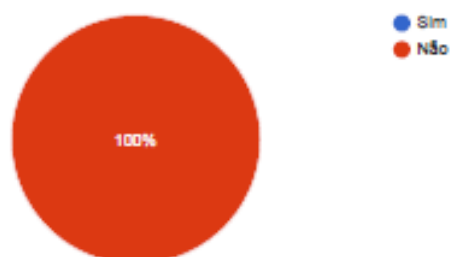
3 respostas



5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, já teve formação sobre o MDAIF?

 Copiar

3 respostas



5.2. Se respondeu NÃO à questão anterior, teria interesse em conhecer o MDAIF?

 Copiar

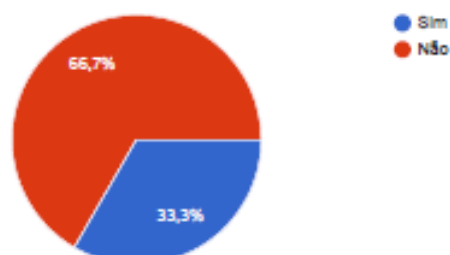
3 respostas



6. Conhece o Programa Saúde da Família, disponível no SClínico?

 Copiar

3 respostas



6.1. Se respondeu SIM à questão anterior, refira os "fenómenos" que podem ser ativados no âmbito deste programa.

1 resposta

Adaptação à gravidez, trabalho de parto

6.2. Se respondeu à questão anterior, quais, dos fenómenos referidos, lhe parece útil avaliar em todas as famílias onde existe uma gravidez?

1 resposta

Adaptação à gravidez

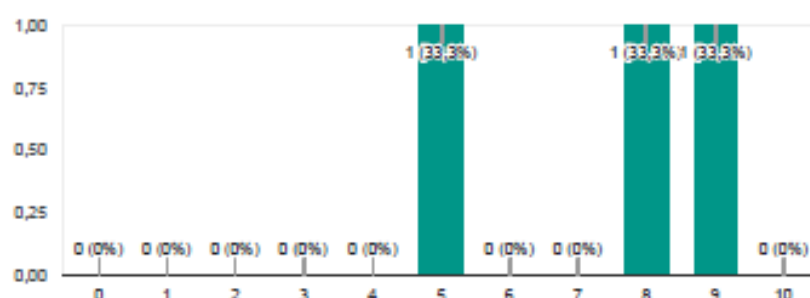
PARTE II



 Copiar

1. Tendo em consideração a sua percepção acerca do seu grau de competência, de 0 a 10 onde 0 – Totalmente incompetente e 10 – Totalmente competente, como descreve ser a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente?

3 respostas



2. Tendo em consideração a sua prática clínica, como identifica, nesta área em concreto (Adaptação à Gravidez), necessidade de prestação de cuidados às famílias?

3 respostas

Necessária

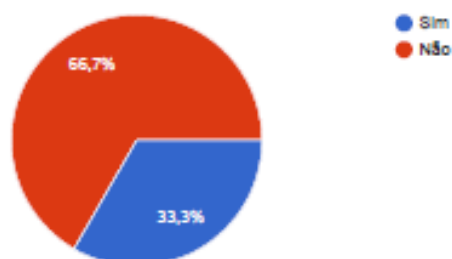
Avaliar o bem estar físico e emocional bem como indicadores sócio familiares dos futuros cuidadores do bebé

Necessidade que deve estar sempre presente

3. No que diz respeito aos dados recolhidos aos membros da família no decorrer das consultas, tem por hábito registar os mesmos no Processo da Família?

 Copiar

3 respostas



3.1. Se respondeu SIM à questão anterior, quais são as principais vantagens, tendo em conta a sua perceção, do registo no Programa Saúde da Família?

1 resposta

Antecipar possíveis factores de risco/fatores protetores e consequentes adaptações dos cuidados a grávida e bebé

3.2. Se respondeu SIM à questão 3., quais quais são os principais fatores dificultadores do registo no Programa Saúde da Família?

1 resposta

Registo em texto livre

3.3. Se respondeu NÃO à questão 3., qual(ais) o(s) motivo(s) pelo qual não o faz?

2 respostas

Nao saber/ esquecimento

Falta de tempo e conhecimento

PARTE III

1. Na sua perceção, e de uma forma geral, as mulheres grávidas aderem, habitualmente, às consultas?

 Copiar

3 respostas



1.1. Quantas consultas, no âmbito da Vigilância da gravidez, são realizadas durante a gestação?

3 respostas

Mínimo 6

5

Mais de seis

1.2. Com que periodicidade são realizadas as consultas no âmbito da vigilância da gravidez?

3 respostas

1x mês até às 35s, 15/15 dias até 37semas, semanalmente até parir

Depende da idade gestacional

Normalmente frequência mensal

1.3. Quem é que, habitualmente, agenda a 1ª consulta no âmbito da vigilância da gravidez? E as seguintes?

3 respostas

A primeira administrativo, restantes médico

Secretariado clínico, a primeira. Subsequentes são a equipa de saúde familiar (médico ou enfermeiro)

Secretariado e médica

1.4. Existe um plano de vigilância previamente agendado ou planeado?

 Copiar

3 respostas



Tendo em consideração o Plano de Acompanhamento Interno atualmente em vigor na USF para o ano 2023 e especificamente o "ID295: *Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de Enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério*", por favor responda às seguintes questões:

2. Qual considera ser o principal fator do não atingimento do ID295 no ano de 2022?

3 respostas

A consulta do puerperio

Grávidas que não são seguidas exclusivamente no SNS e grávidas com diagnóstico tardio da gravidez

Falta das utentes

3. Na sua perceção, o que poderia ser feito para melhorar a adesão às consultas de saúde da mulher grávida na USF ?

3 respostas

Marcar sempre que possível as consultas todas

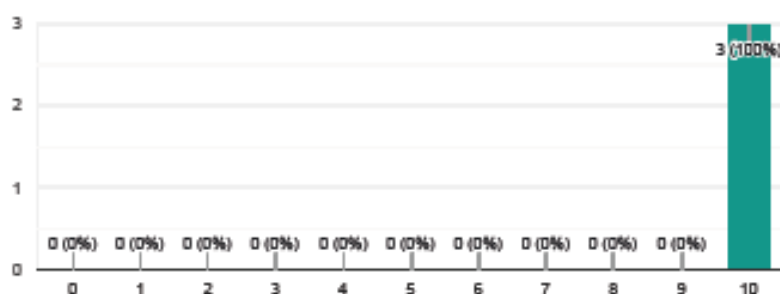
Apostar nas consultas de Planeamento Familiar

Mais disponibilidade das utentes para não faltarem

4. De 0 a 10, onde 0 - Nada Importante e 10 – Muito Importante, qual é para si a importância do atingimento do ID295?

 Copiar

3 respostas



4.1. Justifique a resposta anterior, tendo em consideração a sua prática clínica.

3 respostas

Esse indicador é importante ser atingido para que o indicador de saúde materna esteja no score 2.

As grávidas seguidas em pelo menos 5 consultas durante a gestação têm melhores outcomes na gravidez, parto e pós parto

Acompanhamento adequado das grávidas e atingimento do indicador

Muito obrigada pela sua colaboração!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



ANEXO III – Plano de Formação Interna

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Objetivo Geral: Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Objetivos Específicos:

- Promover uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados da Saúde Familiar;
- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Atividade: Processo formativo no âmbito da Adaptação à Gravidez, articulando com aquelas que são as necessidades da USF face ao ID (295).

Em 2022, , no que diz respeito aos resultados dos indicadores relacionados com a saúde da mulher grávida, obteve cinco indicadores abaixo daquilo que seria esperado, nomeadamente os Indicadores de Desempenho (ID) 11, o ID 295, o ID 310, o ID 311, o ID 312 e o ID 398.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), o indicador relacionado com a área da saúde da mulher grávida e que faz parte do Índice de Desempenho Global (IDG) dependente dos cuidados de

1

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Enfermagem, fica abaixo listado fazendo-se seguir pela ponderação mínima esperada a atingir e da ponderação registado em outubro de 2022 (segundo dados obtidos da plataforma BI-CSP do Serviço Nacional de Saúde a 10 de Janeiro de 2023):

- ID 295: Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de Enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério. Ponderação Mínima Esperada = 77,00 | Out/22 = 51,667.

Estes resultados mereceram uma reflexão por parte equipa multidisciplinar na tentativa de melhorar quer o seguimento das famílias em transição para a parentalidade quer o registo de dados destas e dos seus membros e, neste sentido, a USF optou criar um PAI na área da saúde da mulher grávida, onde incluíram todas as mulheres grávidas vigiadas na USF em 2022, excluindo todas as mulheres grávidas sem programa de Saúde Materna aberto bem como as que tiveram um aborto ou gravidez ectópica.

Considerando a análise efetuada a uma amostra aleatória de 60 famílias da enfermeira tutora, foi possível identificar que 60% dessas famílias detinham pelo menos uma mulher em idade fértil e, dessas, 19% das famílias continham uma mulher grávida. Por este motivo pretende-se intervir junto das famílias em transição para a parentalidade por forma a dar resposta às necessidades encontradas quer das famílias, quer na

População Alvo: Equipa multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros e Secretárias Clínicas).

2

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

<i>O que vai ser feito</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Quem faz</i>	<i>Quando</i>	<i>Como</i>	<i>Onde</i>
<i>Diagnóstico de situação</i>	- Identificar as necessidades formativas sobre Avaliação e Intervenção Familiar no âmbito da adaptação à gravidez.	Leonor Pinto e [redacted]	31/03/2023 a 07/04/2023	- Elaboração de Instrumento de colheita de dados - Aplicação do instrumento de colheita de dados - Análise dos resultados	[redacted]
<i>Desenvolvimento da formação em Serviço</i>	- Planejar a ação de formação	Leonor Pinto e [redacted]	10/03/2023 a 17/03/2023	- Elaboração do plano de sessão. - Elaboração da folha de participantes - Elaboração da apresentação	[redacted]

3

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

<i>Formação em serviço</i>	- Dotar a equipa de competências para prestarem cuidados às famílias no âmbito da Adaptação à Gravidez: -- Identificar a família como entidade sistémica, alvo dos cuidados; -- Identificar o conceito e domínios da Adaptação à Gravidez sensíveis aos cuidados de saúde; -- Identificar os fatores que possam contribuir para o aumento do ID295; -- Aumentar a auto percepção de competências para a prestação de cuidados de saúde; -- Reconhecer e utilizar as ferramentas para identificação e registo dos dados sobre a família;	Leonor Pinto e [redacted]	18/03/2023, às 13h.	- Exposição da apresentação realizada - Método Expositivo e Interrogativo	[redacted]
----------------------------	--	---------------------------	---------------------	--	------------

4

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

	-- Reconhecer as vantagens da identificação e registo dos dados sobre a família. - Definir estratégias no sentido de facilitar a adesão às consultas de Saúde da Mulher grávida (no âmbito do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de baixo risco); - Mobilizar na prática as competências adquiridas decorrentes da ação de formação.				
<i>Avaliação do Resultados</i>	- Reconhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria	Leonor Pinto e	19/04/2023 a 20/05/2023	- Elaboração de um instrumento de colheita de dados - Aplicação do instrumento de colheita de dados	

- Identificar as competências adquiridas decorrentes da formação			- Análise dos resultados - Elaboração de um instrumento de colheita de dados - Aplicação do instrumento de colheita de dados - Análise dos resultados
--	--	--	--

CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO

	<i>Março</i>	<i>Abril</i>	<i>Mai</i>
<i>Planeamento da formação:</i> - Criação do Cronograma	9		
<i>Diagnóstico de situação:</i> - Elaboração do instrumento - Aplicação do instrumento - Análise dos resultados	De 31	À 7	
<i>Desenvolvimento da Formação:</i> - Plano de Sessão - Folha de Participantes - Elaboração da apresentação em formato PPT	De 10	À 17	
<i>Formação em Serviço, na USF Lordelo do Ouro:</i> - Apresentação - Disponibilização de calculadora de consultas		18	
<i>Avaliação dos Resultados da formação:</i> - Elaboração de instrumento - Aplicação do instrumento - Análise dos resultados		De 19	À 25

ANEXO IV – Apresentação da Formação em Serviço “Avaliação e Intervenção em Famílias em Transição para a Parentalidade”



INTRODUÇÃO

- Necessidade de dar resposta aos requisitos académicos e ao desenvolvimento das competências do EEECESF:



1. Apresentação e Contextualização

Caracterização da USF e suas necessidades

Caracterização da necessidade e definição do tema do Projeto de Estágio

Preparação da implementação do Projeto de Estágio

Caracterização de 60 Famílias

Entrega do Projeto de Estágio

Implementação do Projeto de Estágio

22 de Nov. a 2 de Fev.

6 de Fev. a 3 de Mar.

6 de Mar. a 31 de Mai.

1. Contextualização

Variável	Nº/N	Variável	Nº
Total de Famílias	60	ETAPA DO CICLO VITAL	
Total de indivíduos	258	Com filhos pequenos	8%
Média das idades	44,5	Com filhos na escola	5%
Sexo Feminino	49%	Com filhos adolescentes	2%
Sexo Masculino	51%	Com filhos adultos	20%
TIPOS DE FAMÍLIA		Não se aplica	8%
Alargada	2%	CLASSE SOCIAL	
Casal	2%	Classe baixa	25%
Monoparental	20%	Classe média-baixa	47%
Nuclear	32%	Classe média	27%
Reconstruída	2%	Classe média-alta	5%
Unipessoal	10%	Classe alta	8%
Outros	3%		
SUBSISTEMAS FAMILIARES			
Conjugal	27%		
Parental	22%		
Paternal	2%		
Não se aplica	10%		
Conjunto de dois ou mais Subsistemas	34%		

Variável	Nº	Variável	Nº
Famílias com pelo menos uma mulher em idade fértil	60%	ETAPA DO CICLO VITAL	
Famílias com pelo menos uma mulher grávida	22%	Com filhos adultos	14%
ANTECEDENTES PESSOAIS RELEVANTES		CLASSE SOCIAL	
Diabetes Gestacional	14%	Classe Baixa	14%
Diabete	14%	Classe Média-Baixa	28%
Excesso de Peso	28%	Classe Média-Alta	14%
TIPO DE FAMÍLIA		Classe Alta	14%
Monoparental	22%		
Alargada	47%		
Outros	28%		
SUBSISTEMAS FAMILIARES			
Parental	47%		
Conjunto de dois ou mais Subsistemas	27%		

PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO DA
USF

2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

- Segundo dados recolhidos a 12/2022 que dizem respeito aos resultados dos indicadores relacionados com a saúde da mulher grávida, a USF [REDACTED] obteve um indicador abaixo daquilo que seria esperado, dependente dos cuidados de Enfermagem:
- ID 295: Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de Enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

- Standards/ Padrões de Qualidade – Os indicadores são considerados:
- Cumpridos – ≥ 75 a 100% do proposto inicialmente;
- Cumpridos parcialmente – ≥ 70 a 74% do proposto inicialmente;
- Não cumprido - $<$ de 70% do proposto inicialmente.



- **Objetivos:**
 - Promover uma vigilância adequada em Saúde Materna;
 - Verificar o cumprimento das metas e indicadores em Saúde Materna e refletir acerca dos mesmos;
 - Analisar os erros de procedimento e implementar medidas corretivas.

Devices obtained in a previous

Proj.	Set 2017	Set 2018	Set 2019	Set 2020	Set 2021	Set 2022	Set 2023	Set 2024	Set 2025	Set 2026	Set 2027	Set 2028	Set 2029	Set 2030	Set 2031	Set 2032	Set 2033	Set 2034	Set 2035	Set 2036	Set 2037	Set 2038	Set 2039	Set 2040	Set 2041	Set 2042	Set 2043	Set 2044	Set 2045	Set 2046	Set 2047	Set 2048	Set 2049	Set 2050	Set 2051	Set 2052	Set 2053	Set 2054	Set 2055	Set 2056	Set 2057	Set 2058	Set 2059	Set 2060	Set 2061	Set 2062	Set 2063	Set 2064	Set 2065	Set 2066	Set 2067	Set 2068	Set 2069	Set 2070	Set 2071	Set 2072	Set 2073	Set 2074	Set 2075	Set 2076	Set 2077	Set 2078	Set 2079	Set 2080	Set 2081	Set 2082	Set 2083	Set 2084	Set 2085	Set 2086	Set 2087	Set 2088	Set 2089	Set 2090	Set 2091	Set 2092	Set 2093	Set 2094	Set 2095	Set 2096	Set 2097	Set 2098	Set 2099	Set 2100	Set 2101	Set 2102	Set 2103	Set 2104	Set 2105	Set 2106	Set 2107	Set 2108	Set 2109	Set 2110	Set 2111	Set 2112	Set 2113	Set 2114	Set 2115	Set 2116	Set 2117	Set 2118	Set 2119	Set 2120	Set 2121	Set 2122	Set 2123	Set 2124	Set 2125	Set 2126	Set 2127	Set 2128	Set 2129	Set 2130	Set 2131	Set 2132	Set 2133	Set 2134	Set 2135	Set 2136	Set 2137	Set 2138	Set 2139	Set 2140	Set 2141	Set 2142	Set 2143	Set 2144	Set 2145	Set 2146	Set 2147	Set 2148	Set 2149	Set 2150	Set 2151	Set 2152	Set 2153	Set 2154	Set 2155	Set 2156	Set 2157	Set 2158	Set 2159	Set 2160	Set 2161	Set 2162	Set 2163	Set 2164	Set 2165	Set 2166	Set 2167	Set 2168	Set 2169	Set 2170	Set 2171	Set 2172	Set 2173	Set 2174	Set 2175	Set 2176	Set 2177	Set 2178	Set 2179	Set 2180	Set 2181	Set 2182	Set 2183	Set 2184	Set 2185	Set 2186	Set 2187	Set 2188	Set 2189	Set 2190	Set 2191	Set 2192	Set 2193	Set 2194	Set 2195	Set 2196	Set 2197	Set 2198	Set 2199	Set 2200	Set 2201	Set 2202	Set 2203	Set 2204	Set 2205	Set 2206	Set 2207	Set 2208	Set 2209	Set 2210	Set 2211	Set 2212	Set 2213	Set 2214	Set 2215	Set 2216	Set 2217	Set 2218	Set 2219	Set 2220	Set 2221	Set 2222	Set 2223	Set 2224	Set 2225	Set 2226	Set 2227	Set 2228	Set 2229	Set 2230	Set 2231	Set 2232	Set 2233	Set 2234	Set 2235	Set 2236	Set 2237	Set 2238	Set 2239	Set 2240	Set 2241	Set 2242	Set 2243	Set 2244	Set 2245	Set 2246	Set 2247	Set 2248	Set 2249	Set 2250	Set 2251	Set 2252	Set 2253	Set 2254	Set 2255	Set 2256	Set 2257	Set 2258	Set 2259	Set 2260	Set 2261	Set 2262	Set 2263	Set 2264	Set 2265	Set 2266	Set 2267	Set 2268	Set 2269	Set 2270	Set 2271	Set 2272	Set 2273	Set 2274	Set 2275	Set 2276	Set 2277	Set 2278	Set 2279	Set 2280	Set 2281	Set 2282	Set 2283	Set 2284	Set 2285	Set 2286	Set 2287	Set 2288	Set 2289	Set 2290	Set 2291	Set 2292	Set 2293	Set 2294	Set 2295	Set 2296	Set 2297	Set 2298	Set 2299	Set 2300	Set 2301	Set 2302	Set 2303	Set 2304	Set 2305	Set 2306	Set 2307	Set 2308	Set 2309	Set 2310	Set 2311	Set 2312	Set 2313	Set 2314	Set 2315	Set 2316	Set 2317	Set 2318	Set 2319	Set 2320	Set 2321	Set 2322	Set 2323	Set 2324	Set 2325	Set 2326	Set 2327	Set 2328	Set 2329	Set 2330	Set 2331	Set 2332	Set 2333	Set 2334	Set 2335	Set 2336	Set 2337	Set 2338	Set 2339	Set 2340	Set 2341	Set 2342	Set 2343	Set 2344	Set 2345	Set 2346	Set 2347	Set 2348	Set 2349	Set 2350	Set 2351	Set 2352	Set 2353	Set 2354	Set 2355	Set 2356	Set 2357	Set 2358	Set 2359	Set 2360	Set 2361	Set 2362	Set 2363	Set 2364	Set 2365	Set 2366	Set 2367	Set 2368	Set 2369	Set 2370	Set 2371	Set 2372	Set 2373	Set 2374	Set 2375	Set 2376	Set 2377	Set 2378	Set 2379	Set 2380	Set 2381	Set 2382	Set 2383	Set 2384	Set 2385	Set 2386	Set 2387	Set 2388	Set 2389	Set 2390	Set 2391	Set 2392	Set 2393	Set 2394	Set 2395	Set 2396	Set 2397	Set 2398	Set 2399	Set 2400	Set 2401	Set 2402	Set 2403	Set 2404	Set 2405	Set 2406	Set 2407	Set 2408	Set 2409	Set 2410	Set 2411	Set 2412	Set 2413	Set 2414	Set 2415	Set 2416	Set 2417	Set 2418	Set 2419	Set 2420	Set 2421	Set 2422	Set 2423	Set 2424	Set 2425	Set 2426	Set 2427	Set 2428	Set 2429	Set 2430	Set 2431	Set 2432	Set 2433	Set 2434	Set 2435	Set 2436	Set 2437	Set 2438	Set 2439	Set 2440	Set 2441	Set 2442	Set 2443	Set 2444	Set 2445	Set 2446	Set 2447	Set 2448	Set 2449	Set 2450	Set 2451	Set 2452	Set 2453	Set 2454	Set 2455	Set 2456	Set 2457	Set 2458	Set 2459	Set 2460	Set 2461	Set 2462	Set 2463	Set 2464	Set 2465	Set 2466	Set 2467	Set 2468	Set 2469	Set 2470	Set 2471	Set 2472	Set 2473	Set 2474	Set 2475	Set 2476	Set 2477	Set 2478	Set 2479	Set 2480	Set 2481	Set 2482	Set 2483	Set 2484	Set 2485	Set 2486	Set 2487	Set 2488	Set 2489	Set 2490	Set 2491	Set 2492	Set 2493	Set 2494	Set 2495	Set 2496	Set 2497	Set 2498	Set 2499	Set 2500	Set 2501	Set 2502	Set 2503	Set 2504	Set 2505	Set 2506	Set 2507	Set 2508	Set 2509	Set 2510	Set 2511	Set 2512	Set 2513	Set 2514	Set 2515	Set 2516	Set 2517	Set 2518	Set 2519	Set 2520	Set 2521	Set 2522	Set 2523	Set 2524	Set 2525	Set 2526	Set 2527	Set 2528	Set 2529	Set 2530	Set 2531	Set 2532	Set 2533	Set 2534	Set 2535	Set 2536	Set 2537	Set 2538	Set 2539	Set 2540	Set 2541	Set 2542	Set 2543	Set 2544	Set 2545	Set 2546	Set 2547	Set 2548	Set 2549	Set 2550	Set 2551	Set 2552	Set 2553	Set 2554	Set 2555	Set 2556	Set 2557	Set 2558	Set 2559	Set 2560	Set 2561	Set 2562	Set 2563	Set 2564	Set 2565	Set 2566	Set 2567	Set 2568	Set 2569	Set 2570	Set 2571	Set 2572	Set 2573	Set 2574	Set 2575	Set 2576	Set 2577	Set 2578	Set 2579	Set 2580	Set 2581	Set 2582	Set 2583	Set 2584	Set 2585	Set 2586	Set 2587	Set 2588	Set 2589	Set 2590	Set 2591	Set 2592	Set 2593	Set 2594	Set 2595	Set 2596	Set 2597	Set 2598	Set 2599	Set 2600	Set 2601	Set 2602	Set 2603	Set 2604	Set 2605	Set 2606	Set 2607	Set 2608	Set 2609	Set 2610	Set 2611	Set 2612	Set 2613	Set 2614	Set 2615	Set 2616	Set 2617	Set 2618	Set 2619	Set 2620	Set 2621	Set 2622	Set 2623	Set 2624	Set 2625	Set 2626	Set 2627	Set 2628	Set 2629	Set 2630	Set 2631	Set 2632	Set 2633	Set 2634	Set 2635	Set 2636	Set 2637	Set 2638	Set 2639	Set 2640	Set 2641	Set 2642	Set 2643	Set 2644	Set 2645	Set 2646	Set 2647	Set 2648	Set 2649	Set 2650	Set 2651	Set 2652	Set 2653	Set 2654	Set 2655	Set 2656	Set 2657	Set 2658	Set 2659	Set 2660	Set 2661	Set 2662	Set 2663	Set 2664	Set 2665	Set 2666	Set 2667	Set 2668	Set 2669	Set 2670	Set 2671	Set 2672	Set 2673	Set 2674	Set 2675	Set 2676	Set 2677	Set 2678	Set 2679	Set 2680	Set 2681	Set 2682	Set 2683	Set 2684	Set 2685	Set 2686	Set 2687	Set 2688	Set 2689	Set 2690	Set 2691	Set 2692	Set 2693	Set 2694	Set 2695	Set 2696	Set 2697	Set 2698	Set 2699	Set 2700	Set 2701	Set 2702	Set 2703	Set 2704	Set 2705	Set 2706	Set 2707	Set 2708	Set 2709	Set 2710	Set 2711	Set 2712	Set 2713	Set 2714	Set 2715	Set 2716	Set 2717	Set 2718	Set 2719	Set 2720	Set 2721	Set 2722	Set 2723	Set 2724	Set 2725	Set 2726	Set 2727	Set 2728	Set 2729	Set 2730	Set 2731	Set 2732	Set 2733	Set 2734	Set 2735	Set 2736	Set 2737	Set 2738	Set 2739	Set 2740	Set 2741	Set 2742	Set 2743	Set 2744	Set 2745	Set 2746	Set 2747	Set 2748	Set 2749	Set 2750	Set 2751	Set 2752	Set 2753	Set 2754	Set 2755	Set 2756	Set 2757	Set 2758	Set 2759	Set 2760	Set 2761	Set 2762	Set 2763	Set 2764	Set 2765	Set 2766	Set 2767	Set 2768	Set 2769	Set 2770	Set 2771	Set 2772	Set 2773	Set 2774	Set 2775	Set 2776	Set 2777	Set 2778	Set 2779	Set 2780	Set 2781	Set 2782	Set 2783	Set 2784	Set 2785	Set 2786	Set 2787	Set 2788	Set 2789	Set 2790	Set 2791	Set 2792	Set 2793	Set 2794	Set 2795	Set 2796	Set 2797	Set 2798	Set 2799	Set 2800	Set 2801	Set 2802	Set 2803	Set 2804	Set 2805	Set 2806	Set 2807	Set 2808	Set 2809	Set 2810	Set 2811	Set 2812	Set 2813	Set 2814	Set 2815	Set 2816	Set 2817	Set 2818	Set 2819	Set 2820	Set 2821	Set 2822	Set 2823	Set 2824	Set 2825	Set 2826	Set 2827	Set 2828	Set 2829	Set 2830	Set 2831	Set 2832	Set 2833	Set 2834	Set 2835	Set 2836	Set 2837	Set 2838	Set 2839	Set 2840	Set 2841	Set 2842	Set 2843	Set 2844	Set 2845	Set 2846	Set 2847	Set 2848	Set 2849	Set 2850	Set 2851	Set 2852	Set 2853	Set 2854	Set 2855	Set 2856	Set 2857	Set 2858	Set 2859	Set 2860	Set 2861	Set 2862	Set 2863	Set 2864	Set 2865	Set 2866	Set 2867	Set 2868	Set 2869	Set 2870	Set 2871	Set 2872	Set 2873	Set 2874	Set 2875	Set 2876	Set 2877	Set 2878	Set 2879	Set 2880	Set 2881	Set 2882	Set 2883	Set 2884	Set 2885	Set 2886	Set 2887	Set 2888	Set 2889	Set 2890	Set 2891	Set 2892	Set 2893	Set 2894	Set 2895	Set 2896	Set 2897	Set 2898	Set 2899	Set 2900	Set 2901	Set 2902	Set 2903	Set 2904	Set 2905	Set 2906	Set 2907	Set 2908	Set 2909	Set 2910	Set 2911	Set 2912	Set 2913	Set 2914	Set 2915	Set 2916	Set 2917	Set 2918	Set 2919	Set 2920	Set 2921	Set 2922	Set 2923	Set 2924	Set 2925	Set 2926	Set 2927	Set 2928	Set 2929	Set 2930	Set 2931	Set 2932	Set 2933	Set 2934	Set 2935	Set 2936	Set 2937	Set 2938	Set 2939	Set 2940	Set 2941	Set 2942	Set 2943	Set 2944	Set 2945	Set 2946	Set 2947	Set 2948	Set 2949	Set 2950	Set 2951	Set 2952	Set 2953	Set 2954	Set 2955	Set 2956	Set 2957	Set 2958	Set 2959	Set 2960	Set 2961	Set 2962	Set 2963	Set 2964	Set 2965	Set 2966	Set 2967	Set 2968	Set 2969	Set 2970	Set 2971	Set 2972	Set 2973	Set 2974	Set 2975	Set 2976	Set 2977	Set 2978	Set 2979	Set 2980	Set 2981	Set 2982	Set 2983	Set 2984	Set 2985	Set 2986	Set 2987	Set 2988	Set 2989	Set 2990	Set 2991	Set 2992	Set 2993	Set 2994	Set 2995	Set 2996	Set 2997	Set 2998	Set 2999	Set 3000	Set 3001	Set 3002	Set 3003	Set 3004	Set 3005	Set 3006	Set 3007	Set 3008	Set 3009	Set 3010	Set 3011	Set 3012	Set 3013	Set 3014	Set 3015	Set 3016	Set 3017	Set 3018	Set 3019	Set 3020	Set 3021	Set 3022	Set 3023	Set 3024	Set 3025	Set 3026	Set 3027	Set 3028	Set 3029	Set 3030	Set 3031	Set 3032	Set 3033	Set 3034	Set 3035	Set 3036	Set 3037	Set 3038	Set 3039	Set 3040	Set 3041	Set 3042	Set 3043	Set 3044	Set 3045	Set 3046	Set 3047	Set 3048	Set 3049	Set 3050	Set 3051	Set 3052	Set 3053	Set 3054	Set 3055	Set 3056	Set 3057	Set 3058	Set 3059	Set 3060	Set 3061	Set 3062	Set 3063	Set 3064	Set 3065	Set 3066	Set 3067	Set 3068	Set 3069	Set 3070	Set 3071	Set 3072	Set 3073	Set 3074	Set 3075	Set 3076	Set 3077	Set 3078	Set 3079	Set 3080	Set 3081	Set 3082	Set 3083	Set 3084	Set 3085	Set 3086	Set 3087	Set 3088	Set 3089	Set 3090	Set 3091	Set 3092	Set 3093	Set 3094	Set 3095	Set 3096	Set 3097	Set 3098	Set 3099	Set 3100	Set 3101	Set 3102	Set 3103	Set 3104	Set 3105	Set 3106	Set 3107	Set 3108	Set 3109	Set 3110	Set 3111	Set 3112	Set 3113	Set 3114	Set 3115	Set 3116	Set 3117	Set 3118	Set 3119	Set 3120	Set 3121	Set 3122	Set 3123	Set 3124	Set 3125	Set 3126	Set 3127	Set 3128	Set 3129	Set 3130	Set 3131	Set 3132	Set 3133	Set 3134	Set 3135	Set 3136	Set 3137	Set 3138	Set 3139	Set 3140	Set 3141
-------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

- Critérios de inclusão e exclusão:
 - Foram incluídas todas as mulheres grávidas vigiadas na USF [REDACTED] em 2023;
 - Foram excluídas todas as grávidas sem programa de Saúde Materna aberto;
 - Foram excluídas todas as mulheres grávidas que tiveram um aborto ou gravidez ectópica.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

Responsabilidades e Competências

- Secretários Clínicos
 - Marcar atempadamente as consultas de Saúde Materna;
 - Alertar as equipas médica e/ou de enfermagem sempre que existir uma grávida de novo.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

Responsabilidades e Competências

- Médicos
 - Realizar a 1ª consulta de Saúde Materna antes das 12 semanas de gestação;
 - Garantir o agendamento dentro do esquema previsto de consultas de vigilância da gravidez;
 - Verificar quais as utentes não cumpridoras em 2023.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

Responsabilidades e Competências

- Enfermeiros
 - Realizar a 1ª consulta de Saúde Materna antes das 12 semanas de gestação;
 - Criar uma lista com as utentes grávidas em 2023 e partilhar a tabela com a equipa médica.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

Monitorização, avaliação e revisão

- Será efetuada uma auditoria na área de desempenho com avaliação periódica e monitorização do indicador referido e uma monitorização regular do IDS na dimensão da saúde da mulher.



2. Plano De Acompanhamento Interno da USF

Cronograma

Avaliação do desempenho atual	Abril de 2023
Discussão e análise de resultados	Abril de 2023
Introdução de mudanças	Maio de 2023
Reavaliação	Outubro de 2023
Avaliação final	Dezembro de 2023



Resumo

Análise efetuada a uma amostra aleatória de 60 famílias da enfermeira tutora:

- 60% dessas famílias detinham pelo menos uma mulher em idade fértil;
- Destas, 19% das famílias continham uma mulher grávida.



Plano de Acompanhamento Interno (PAI) por parte da USF [] no âmbito da Saúde da Mulher Grávida

Avaliação e intervenção nas famílias em transição para a parentalidade, visando atingir os objetivos profissionais neste âmbito

3. Pertinência/ Relevância da Temática

- Descrição de "Família" tendo em conta os resultados do questionário(3):



3. Pertinência/ Relevância da Temática

- A família trata-se de uma organização de relações dinâmicas, complexas e contextuais em constante interação com o meio (Figueiredo, 2012).

FAMÍLIA enquanto Sistema
(Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy)

SUBSISTEMA

SUBSISTEMA

SUBSISTEMA



3. Pertinência/ Relevância da Temática

$1 + 1 = ?$

O todo é maior que a soma das suas partes.
(Aristóteles, 327 a.C.; Bertalanffy, 1977; Relvas, 2003)

O todo é, também, menos do que a soma das suas partes.
(Vasconcellos, 2005 cit. por Figueiredo, 2012)



3. Pertinência/ Relevância da Temática

- A saúde familiar integra, inevitavelmente, a saúde de cada um dos seus membros para além dos aspetos do funcionamento familiar;
- A maximização do potencial de saúde da família torna-se, assim, a chave para a promoção de estratégias que tenham em vista a funcionalidade da família enquanto unidade.



3. Pertinência/ Relevância da Temática

- A adaptação à gravidez prende-se com as atitudes interacionais da família que se traduzem em comportamentos de ajuste a essa mesma gravidez;
- Os membros têm em consideração as expectativas construídas a partir do modelo parental em definição;
- Mesmo quando vivenciadas pela mesma família ou pela mesma mulher, cada gravidez é única!
- Inquestionável a necessidade de vigilância pré e pós natal já que a acessibilidade a cuidados especializados na gravidez diminuem a morbilidade e a mortalidade maternas, fetais e infantis



E o que guia a prática?

Quantas consultas, no âmbito da Vigilância da gravidez, são realizadas durante a gestação?

5  Mais do que 6

Com que periodicidade são realizadas as consultas no âmbito da vigilância da gravidez?

- 1x/mês até às 35s; 15/15 dias até 37semanas; semanalmente até ao parto;
- Frequência mensal;
- Depende da idade Gestacional.



E o que guia a prática?

- Orientação da DGS;
- Indicador de Desempenho.

- 1ª Consulta: Antes das 12 semanas;
- 2ª Consulta: Entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias;
- 3ª Consulta: Antes das 24 semanas;
- 4ª Consulta: Entre as 27-30 semanas e 6 dias;
- 5ª Consulta: Entre as 34-35 semanas e 6 dias;
- 6ª Consulta: Entre as 36-38 semanas e 6 dias;
- 7ª Consulta: Após as 40 semanas;
- Consulta do Puerpério: Até aos 42 dias pós-parto.



- Melhorando a adesão:
 - Dinamizar as consultas de Planejamento Familiar;
 - Criar empatia com os membros da família;
 - Agendar inicialmente todas as consultas de acompanhamento à família e seus membros.

CALCULADORA DE CONSULTAS PARA A FAMILIA COM MULHER GRAVIDA

[illegible]

Calculadora, Consultas às famílias com mulheres grávidas (Excel - Excel)

Introduzir a data com formato dd/mm/aaaa

Data Atual:	11/04/2023	Consultas:	11 consultas antes das 32 semanas de gestação	24/03/2023	
Última menstruação (previsão):	01/04/2023		1ª consulta entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias de gestação	05/04/2023	até 25/04/2023
Tempo de Gestação (a partir da última menstruação):	34 semanas e 4 dias		2ª consulta antes das 24 semanas de gestação	18/05/2023	
Data do parto do primeiro filho(a):	11/02/2023		3ª consulta entre as 27 e as 30 semanas e 6 dias de gestação	08/07/2023	até 09/08/2023
Tempo de Gestação (após parto):	34 semanas	0 dias	4ª consulta entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias de gestação	23/08/2023	até 18/09/2023
Última menstruação (previsão):	01/05/2023		5ª consulta entre as 36 e as 38 semanas e 6 dias de gestação	10/09/2023	até 20/09/2023
Data Prevista de Parto (DPP):	06/05/2023		11 consultas de acompanhamento a partir de 38 semanas de gestação	08/10/2023	

18. <https://www.mafamiliair.net/wordpress/wp-content/uploads/2023/05/Gravidez-2.pdf>

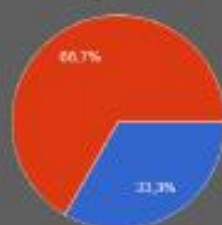
4. Avaliação e Intervenção Familiar

- Família como foco de cuidados;
- O objetivo passa por obter ganhos em saúde para as famílias em transição para a parentalidade:
 - Conscientização dos membros;
 - Mobilização de recursos;
 - Aquisição de conhecimento.
- Ter em consideração as prioridades, os valores e as metas familiares.



4. Avaliação e Intervenção Familiar

Já teve alguma formação sobre Avaliação e Intervenção Familiar?

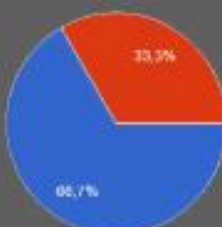


Sim
Não



4. Avaliação e Intervenção Familiar

Conhece ou já ouviu falar do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) enquanto referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar?



Sim
Não



4. Avaliação e Intervenção Familiar

Se respondeu NÃO à questão anterior, teria interesse em conhecer o MDAIF?



Sim
Não

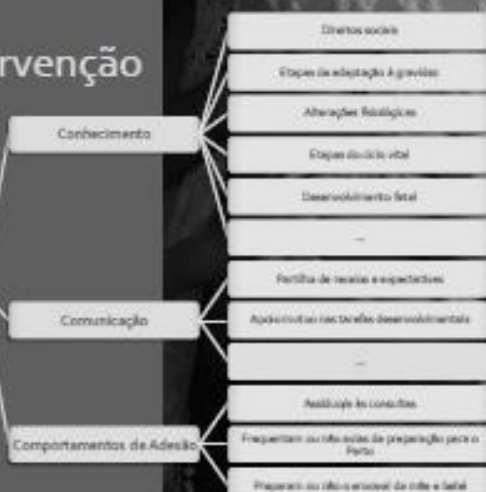


4. Avaliação e Intervenção Familiar



4. Avaliação e Intervenção Familiar

Adequação à Gravidez



E como registo os cuidados que presto?

- Idealmente os cuidados à família devem ser registados SEMPRE no Processo da Família:
 - Continuidade de cuidados;
 - Ganhos em saúde sensíveis à prestação de cuidados à família.
- Fatores dificultadores (revelados no questionário):
 - O agregado registado não corresponder ao agregado real;
 - Registo em texto livre pela não existência de atividades de diagnóstico parametrizadas;
 - Não saber/ não ter conhecimento;
 - Falta de tempo.

E como registo os cuidados que presto?

No que diz respeito aos dados recolhidos aos membros da família no decorrer das consultas, tem por hábito registar os mesmos no Processo da Família?



CONCLUSÃO

- A EECESEF explora saberes ainda complexos quando comparada com outras áreas de especialidade, daí a necessidade de expor o pensamento sistêmico como base daquela que é a prestação de cuidados à família enquanto unidade;
- O caminho cruza inevitavelmente com aquela que é a finalidade da prática: Dotar os membros das famílias de competências, considerando as suas forças e recursos, com vista a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF.



OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2022). Departamentos e Unidades, Departamento Gestão e Financiamento Prest. Saúde, C. Saúde Primária, Cuidados de Saúde Primários, ACES, USF, Modelos Organizacionais. <https://www.acss.minsaude.pt/departamentos/eunidades/departamentogestaoefinanciamentoprestsaude/nbade/acscw/nbade/printnca/masof/cuidadossdsw/nbade/printnca/masof/aces/usf/mo-de-saude-organizacaoal/biblog?language=pt-PT&default.aspx>

Crisp, L. N., Benwick, D., Kidbusch, I., Box, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). Um Futuro Para a Saúde – Todos temos um Papel a Desempenhar. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Um estudo de caso. <https://doi.org/10.6064/rev.violabto>

Diário da República (2007). Decreto-Lei nº 73/2007 de 21 de Junho. 1ª Série. Nº 118.

Downsall, T, Carroll, G, Duley, L, Gates, S, Gillezeoglu, A, M, Khan-Neelofur, D, & Plaggio, G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy: The Cochrane database of systematic reviews, CD000934. <https://doi.org/10.1002/14651875.CD000934.pub3>

Figuelredo, M. (2006). *Enfermagem De Família: Um Contexto Do Cuidar*.

Figueiredo, M. (2002). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.

International Council of Nurses (2023). International Classification for Nursing Practice – Browser 2019 release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ihealth-icn-stm/icno-browser>

BIBLIOGRAFIA

Ministério da Saúde (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007, de 23 de agosto. Diário da República n.º 162/2007, Série I de 2007-08-23, páginas 5587-5596.

Ministério da Saúde (2007). Portaria n.º 1768/2007 de 18 de Outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 301 — 18 de outubro de 2007.

Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei n.º 111/2014, de 5 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 310 — 5 de agosto de 2014.

Ministério das Finanças e da Saúde (2023). Portaria n.º 377-A/2023 de 30 de Setembro. Diário da República, 2.ª série — N.º 253 — 30 de Setembro de 2023.

Moreira, J. M. T. (2022). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Que Impacto?* Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 438/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135 – II Série.

Reis, A. (2000). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

ANEXO V – Participantes: Folha de Assinaturas



Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Familiar
Leonor Pinto
2023

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Data: 18/04/2023

Hora: 13h

Formador: Leonor Pinto

Local:

Participantes

ANEXO VI - Calculadora de Consultas às Famílias com Mulher Grávida

Introduzir a data com formato dd/mm/aaaa

Data Atual:

13/09/2023

Última Menstruação (referida):

01/01/2023

Tempo de Gestação (a partir da última menstruação):

36 semanas; 3 dias

Data da Ecografia do Primeiro Trimestre:

19/02/2023

Tempo de Gestação (após Ecografia):

7

Última Menstruação (corrigida):

01/01/2023

Data Provável de Parto (DPP):

08/10/2023

Consultas

1ª consulta antes das 12 semanas de gravidez

26/03/2023

até

29/04/2023

2ª consulta entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias de gravidez

09/04/2023

até

18/06/2023

3ª consulta antes das 24 semanas de gravidez

09/07/2023

até

05/08/2023

4ª consulta entre as 27 e as 30 semanas e 6 dias de gravidez

27/08/2023

até

16/09/2023

5ª consulta entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias de gravidez

10/09/2023

até

30/09/2023

6ª consulta entre as 36 e as 38 semanas e 6 dias de gravidez

08/10/2023

até

19/11/2023

7ª consulta após as 40 semanas de gravidez

19/11/2023

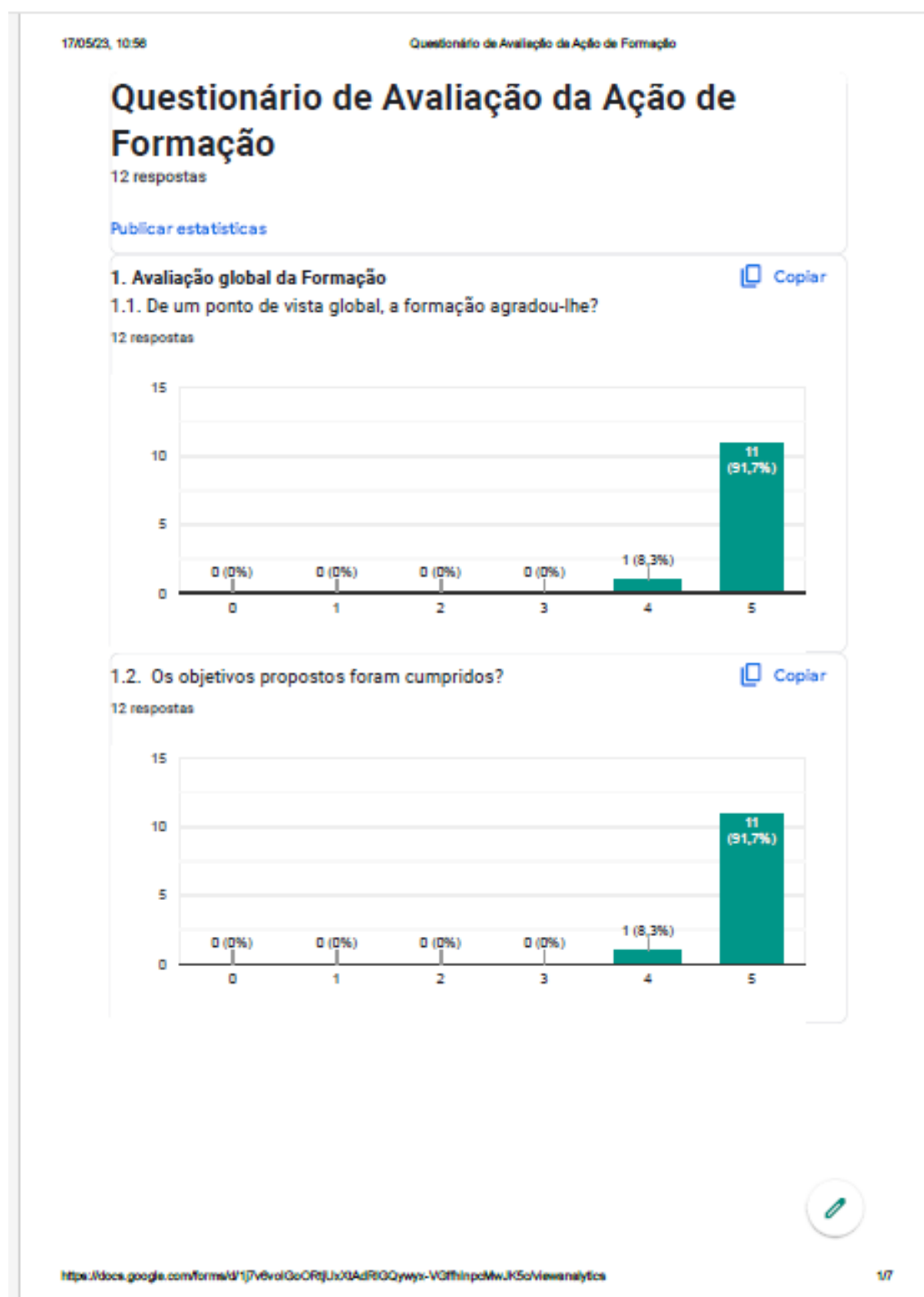
até

1ª consulta do puerpério entre a data do parto e os 42 dias seguintes.

até

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
<https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/ProgNacVigGrav-2.pdf>

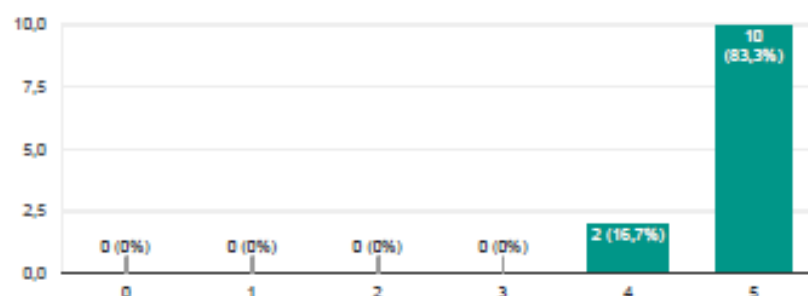
ANEXO VII – Questionário de Avaliação da Ação de Formação



1.3. A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?

 Copiar

12 respostas



2. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:

 Copiar

2.1. Os temas abordados foram:

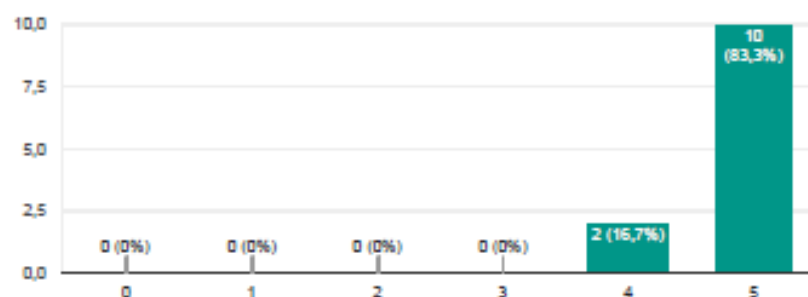
12 respostas



2.2. Os temas abordados foram:

 Copiar

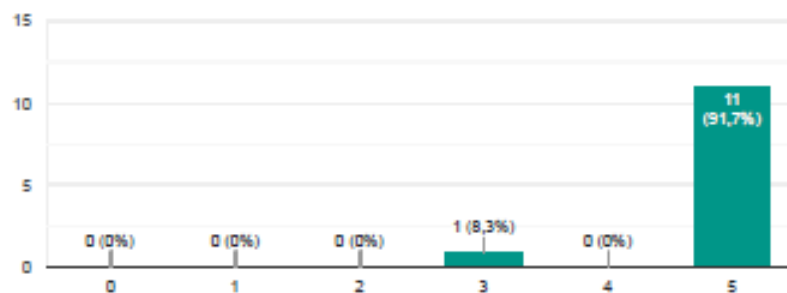
12 respostas



2.3. Os temas abordados tiveram:

 Copiar

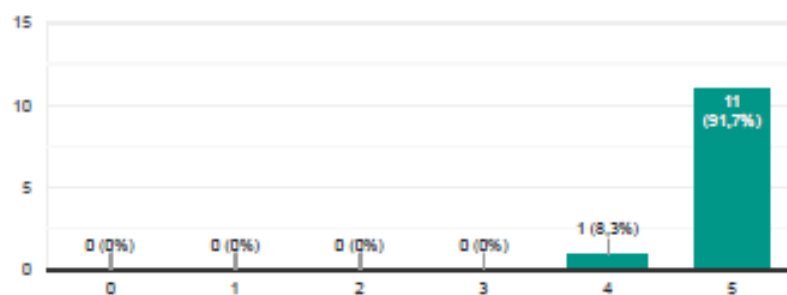
12 respostas



2.4. O tempo dedicado à exposição teórica foi:

 Copiar

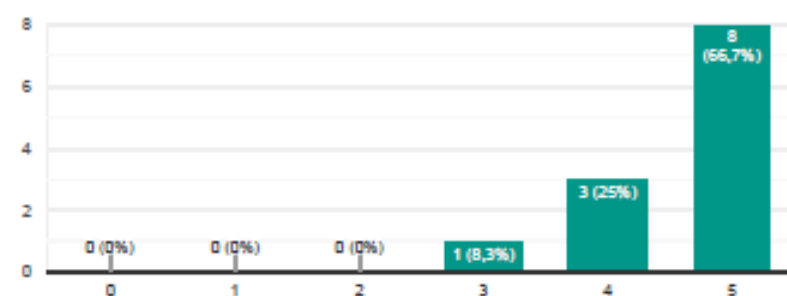
12 respostas



2.5. Em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:

 Copiar

12 respostas

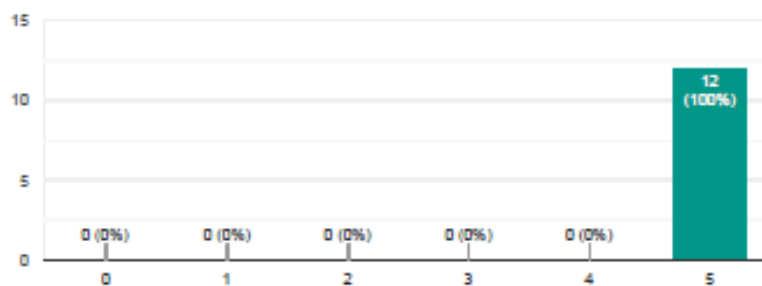


3. Relativamente ao desempenho da formadora, considera que esta:

 Copiar

3.1. Foi clara na apresentação dos objetivos pedagógicos?

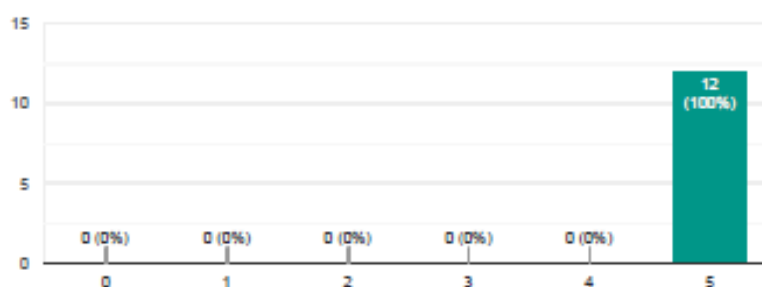
12 respostas



3.2. Dominava a matéria que ministrou?

 Copiar

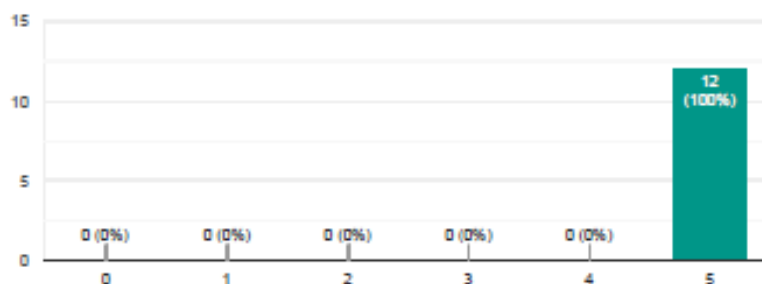
12 respostas



3.3. Conseguiu motivar os elementos presentes?

 Copiar

12 respostas

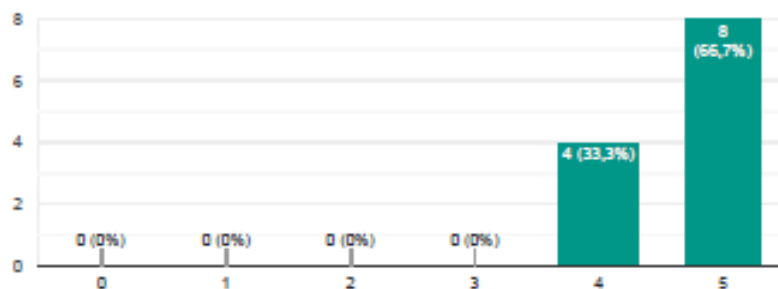


4. Relativamente à organização da ação, designadamente no que toca a recursos de apoio, como considera:

[Copiar](#)

4.1. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados?

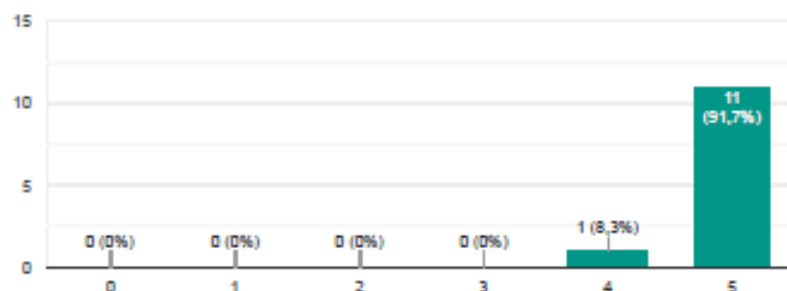
12 respostas



4.2. A duração da ação?

[Copiar](#)

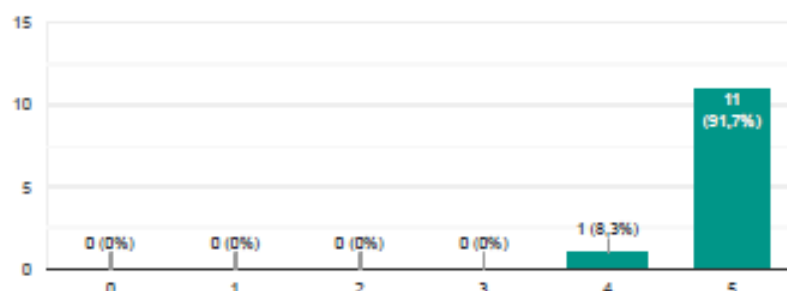
12 respostas



4.4. O horário da ação de formação?

[Copiar](#)

12 respostas



17/05/23, 10:58

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Comentários e Sugestões:

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Muito obrigada pela sua colaboração

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



ANEXO VIII – Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade: Protocolo de *Scoping Review*

04/10/23, 22:11

OSF | FAMILY INTERVENTION IN FAMILIES TRANSITIONING TO PARENTHOOD: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

FAMILY INTERVENTION IN FAMILIES TRANSITIONING TO PARENTHOOD: A SCOPING REVIEW PROTOCOL

700.5KB

Private

Make Public

P 0



Contributors (/zb3u9/contributors/): Leonor Ribeiro Pinto (/mrjzb/), Filipe Daniel Fortuna Leal (/skf85/), Virginia Maria Sousa Guedes (/ytdzw/), MARLENE LEBREIRO (/6eg94/),

Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso (/7wdnt/), Maria Henriqueta Figueiredo (/7tevh/)

Date created: 2023-05-15 10:17 PM | Last Updated: 2023-10-04 10:10 PM

Category: Uncategorized

Description:

The family, as a systemic unit of transformation and self-organizing capacity, is represented as an organization of dynamic, complex, and contextual relationships in constant interaction with the environment. Maximizing the potential for family health, as a subjective state, becomes the key to promoting strategies aimed at the functionality of the family as a unit, "maintaining its organization and producing structural changes" (Figueiredo, 2012, p. 68), meeting the needs of each of its members individually in addition to those that are aspects of family functioning (Figueiredo, 2012).

The expansion of the conjugal subsystem to the parental one is an important milestone in the family development process, as it is accompanied by a redistribution of roles and functions (Relvas, 2000) that condition self-perception, conjugal relationship, and family interactions (Chong & Mickelson, 2016).

Parenthood, defined by the International Classification for Nursing Practice (2019) as an intentional process of "Taking care: assuming the responsibilities of being a mother/father; (...) internalizing the expectations of individuals, families (...) regarding appropriate or inappropriate parental role behaviors," integrates family expectations, along with the definition of Adaptation to Parenthood, without revealing the family's dimension or impact on this process. Figueiredo (2012) suggests that adaptation to pregnancy intersects with family interaction attitudes and translates into adjustment behaviors to that pregnancy, taking into account the expectations built from the parental model definition of each member.

The predictable sequence of changes in family organization, such as pregnancy, where new contexts give rise to new family patterns, is considered by Relvas (2000) to be the family life cycle. These same changes are characterized as normative transitions since they are directly related to the family life cycle (Hanson, 2005; Relvas, 2003; McCubbin & McCubbin, 1988 cited by Figueiredo, 2009).

Individually, Meleis et al. (2000) refer that the transition to motherhood involves a developmental transition process, that is, a change that acts as a trigger for adopting new roles and that are marked by turning points, in a transactional process that can be shorter or longer in time. It is accompanied by a period of uncertainty that requires families to modify strategies for dealing with new situations and life events, requiring the attention and care of nurses to prevent potential risks, enhance well-being, maximize functioning, and master self-care

<https://osf.io/zb3u9/>

1/5

atividades (Meleis, 2010).

In this context, family nurses, given their proximity and access to the family system, attend to the inherent changes and demands of the family transition process (Meleis et al., 2000) and promote the empowerment of families in the transition to parenthood in order to enhance their strengths and resources, achieving health gains sensitive to the specific nursing care of Family Health Nursing.

A preliminary search on MEDLINE (via Pubmed), Cochrane Database of Systematic Reviews, JBI Evidence Synthesis, and Open Science Framework (OSF) revealed no literature reviews (published or ongoing) that relate the care provided and the impact of the Family Nurse on families transitioning to Parenthood, since 2013. Therefore, a Scoping Review was conducted following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute for conducting Scoping Reviews with the aim of mapping the underlying evidence on a specific research focus, identifying gaps and constituting a preliminary effort that justifies the conduct of a systematic literature review. Thus, this review aims to answer the following question: "What nursing care is provided by Family Nurses to families in transition to parenthood in Primary Health Care?"

According to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, eligibility criteria will be defined based on population, concept, and context (PCC) (Table 1).

Regarding population (P), studies focusing on the provision of nursing care by family nurses to families in transition to parenthood will be considered. As for the concept (C), studies focusing on families in transition to parenthood will be sought, and regarding context (C), studies conducted in primary healthcare settings will be included.

This review will consider quantitative and qualitative studies, literature reviews, dissertations, and grey literature.

The electronic databases Scopus by Elsevier, MEDLINE via PubMed, Academic Search Complete via EBSCO Host, Psychology and Behavioral Sciences Collection via EBSCO Host, and CINAHL Complete via EBSCO Host will be used for the research and identification of studies.

Unpublished studies will be searched in the Scientific Repository of Open Access of Portugal (RCAAP) and Google Scholar.

The search strategy will include articles published in Portuguese, English, and Spanish from 01/01/2013 onwards.

BIBLIOGRAPHY

- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). "Perceived Fairness and Relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support". *Journal of Family Issues*, 37 (1), 3-28;
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem De Família: Um Contexto Do Cuidar*;
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência;
- International Council of Nurses. (2023). *International Classification for Nursing Practice – Browser*;
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. doi:10.46658/JBIMES-20-01;
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. New York;
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Shumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28;
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, L., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2020). *PRISMA 2020*

explanation and elaboration; updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160. doi: 10.1136/bmj.n160

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

License: [Add a license](#)

Wiki

[/zb3u9/wiki/](#)

Add important information, links, or images here to describe your project.

Files

[/zb3u9/files/](#)

Click on a storage provider or drag and drop to upload

[Filter](#) [i](#)

Name [^](#) [v](#)

Modified [^](#) [v](#)

[FAMILY INTERVENTION IN FAMILIES TRANSITIONING TO PARENTH...](#)

[- OSF Storage \(United States\)](#)

Protocolo de Scoping Review_Versão em Inglês.pdf

2023-05-15 10:24 PM

Citation

Components

[Add Component](#)

[Link Projects](#)

ANEXO IX – Certificado de Participação: “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º Webinar: Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família”



ANEXO X – Certificado de Participação no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e Mudanças Demográficas

	
XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas	
Certificado	
Certifica-se que Leonor Ribeiro Pinto , nascido(a) a 1994-02-28, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 14547728, participou no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas , no dia 15 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online.	
Coimbra, 15 de maio de 2023	
Pel'A Comissão Organizadora  Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues	O Presidente da ESEnFC  Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra NIF 600031583 Certificado nº 0002023-909/2023	

ANEXO XI - Certificado de Apresentação do Póster “Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade: Protocolo de *Scoping Review*” no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e Mudanças Demográficas



XV Encontro do Dia Internacional da Família:
Famílias e mudanças demográficas

Certificado

Certifica-se que o póster **"INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW"**, do(s) autor(es) **Leonor Ribeiro Pinto, Filipe Daniel Fortuna Leal, Virgínia Maria Sousa Guedes, Marlene Lebreiro Silva, Maria José Cardoso e Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo**, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por **Leonor Ribeiro Pinto**, no âmbito do **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Sá da Bandeira s/n - 3004-011 Coimbra | Foto B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081503
Certificado nº COO1695-909/2023

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Sá da Bandeira s/n - 3004-011 Coimbra | Foto B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081503
Certificado nº COO1695-909/2023

ANEXO XII – Certificado de Participação: *Nursid Spring School 2023*



eSEP
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DO PORTO

código de validação: 199e5fc394cd

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Leonor Ribeiro Pinto** participou no evento **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar - 8h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida - 4200-372 Porto - Portugal - Tel. 225 073 900 - Fax: 225 046 207 - esep@esep.pt - www.esep.pt

ANEXO XIII – Declaração de Orador no Painel “Transições Acidentais nas Famílias - Avaliação e Intervenção Familiar” do *Nursid Spring School* 2023

MOD.75.00



NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Leonor Pinto** proferiu o painel com o tema *Avaliação e Intervenção Familiar com Famílias em Transição para a Parentalidade* no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar integrado na *Nursid Spring School 2023*, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora





(Professor Doutor Carlos Sequeira)

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal

Tel: 225 073 500 / Fax: 225 046 117 / esep@uep.pt / www.uep.pt

ANEXO XIV - Declaração de Orador no Painel “Comunicação e Marketing em Enfermagem de Saúde Familiar” do *Nursid Spring School 2023*

MOD.73.00



NURSID SPRING SCHOOL 2023
DECLARAÇÃO

Dedara-se que **Leonor Pinto** proferiu o painel com o tema *Comunicação e Marketing em Enfermagem de Saúde Familiar* no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de *Enfermagem de Saúde Familiar* integrado na *NursID Spring School 2023*, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora


(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, P. Tel: 226 073 500, P. Fax: 226 096 337, P. email: esep@esep.pt, P. www.esep.pt

ANEXO XV - Declaração de Orador no Painel “Sustentabilidade na Saúde: Tendências e Desafios Na Família” do XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e Mudanças Demográfica

	
XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas	
Certificado	
Certifica-se que Leonor Ribeiro Pinto participou como oradora, com o tema <i>"Avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade"</i> , no painel <i>Sustentabilidade na saúde: Tendências e desafios na família</i> , no âmbito do XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas , que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.	
Coimbra, 15 de maio de 2023	
Pel'A Comissão Organizadora 	O Presidente da ESEnFC 
Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues	Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Polo A - Avenida Hissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra NIF 600081533 Certificado nº C001739-909/2023	

ANEXO XVI - Declaração de Participação na Comissão Organizadora do Seminário de Enfermagem Comunitária, da Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Integrado no *Nursid Spring School 2023*

MOD.73.00

**eseF**
Escola Superior de
Enfermagem do Porto

NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Dedara-se que **Leonor Pinto** fez parte da **Comissão Organizadora do Seminário de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrado na Nursid Spring School 2023**, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela **Escola Superior de Enfermagem do Porto**.

Comissão Organizadora


(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 3 4200-072 Porto, P. Tel: 225 073 500 / Fax: 225 096 337 / ese@esep.pt / www.esep.pt