



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**A FAMÍLIA E A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Relatório de Estágio

Susana Margarida Lopes Martins

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

A FAMÍLIA E A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: AVALIAÇÃO
E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

THE FAMILY AND THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE:
EVALUATION AND INTERVENTION OF THE SPECIALIST
NURSE IN FAMILY HEALTH NURSING: PROJECT FOR THE
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN
COMMUNITY NURSING IN THE AREA OF FAMILY HEALTH
NURSING

Orientadora: Professora Doutora Teresa Martins
Coorientadora: Professora Doutora Maria Rui Sousa

Autor(a): Susana Margarida Lopes Martins

Porto, 2024

“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Martins, orientadora do presente trabalho, pela disponibilidade, pelos conhecimentos transmitidos, pela motivação e confiança em mim depositada.

À Professora Doutora Maria Rui Sousa, coorientadora do presente trabalho, pela disponibilidade, pelo conforto e motivação.

A todos os Professores que fizeram parte do meu trajeto no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, por todos os conhecimentos partilhados e pela disponibilidade.

À Enfermeira Vera Andrade por toda a ajuda, magnífico apoio e solidariedade para comigo.

À equipa multiprofissional da USF em que realizei o meu estágio, pelo acolhimento, apoio, disponibilidade e colaboração demonstrada.

Às colegas do mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar pela entreaajuda e partilha desde o início.

Às mestrandas Isabel Dias, Juliana Ferreira, Margarida Monteiro e Nisa Silveira, que começaram como colegas e acabaram como amigas. A elas o meu obrigada por toda a ajuda, motivação, palavras de encorajamento quando a coragem faltava, pela preocupação, mas acima de tudo pela amizade.

À Marilene e D.^a Fátima pela amizade verdadeira, pela motivação, ajuda e apoio ao longo deste processo.

Ao meu Pai, que apesar de não ser possível presenciar esta minha conquista, sei que estará muito orgulhoso do meu percurso. À minha Mãe, pelo amor, pela educação e exemplo de coragem que tem sido.

Aos meus irmãos por toda a motivação, apoio e força que me deram ao longo do mestrado, mostrando que apesar do tempo passar os nossos valores de família e apoio mantêm-se.

Ao meu marido, aos meus filhos, um pedido de desculpas pelas minhas ausências, pelas vezes em que não fui tão boa companhia, mas sobretudo um grande muito obrigada por todo o incentivo, encorajamento, apoio e compreensão ao longo destes semestres. Por todo o carinho e amor demonstrado sempre, mas sobretudo nos dias em que só apetecia desistir. Sei que sou uma privilegiada por vos ter ao meu lado. Sem vocês não teria sido possível!

DEDICATÓRIA

Para o António, Tomás e Vicente

RESUMO

A doença crónica, é considerada um evento stressor, podendo despoletar na família uma transição accidental. Nesse cenário, são inevitáveis alterações na dinâmica familiar, e esta procura ajustar-se às perturbações decorrentes da condição de saúde. Essas adaptações têm como finalidade preservar a estabilidade familiar, promovendo resiliência diante dos desafios impostos pela doença e fortalecendo os laços que unem cada membro desse sistema.

No âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Projeto Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo II, do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foram delineados os seguintes objetivos: caracterizar a família na sua dimensão estrutural; desenvolvimental e estrutural; identificar forças promotoras da adaptação da família à doença crónica; melhorar as competências da família para gerir o impacto da doença crónica; melhorar as competências do elemento com doença crónica para uma autogestão eficaz da doença; dinamizar formação em serviço contribuindo para a melhoria da qualidade na atenção à família com elemento com doença crónica.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, que tem como referencial epistemológico o pensamento sistémico e o Modelo de Calgary, foi usado como recurso na avaliação das famílias. A teoria das Transições de Meleis também serviu de referencial na conceção de cuidados que promovem a capacitação da pessoa e família na adaptação e gestão da doença crónica.

Selecionamos quatro famílias em que exploramos de forma particular os referenciais teóricos e a conceção de cuidados. Estas tinham em comum problemas de autogestão de uma doença crónica em pelo menos um dos seus membros, e as intervenções realizadas tiveram como objetivo capacitar o indivíduo e a família no processo de gestão da doença crónica.

O processo desenvolvido foi importante para o desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista que, através de um conhecimento aprofundado das famílias, dos elementos que as constituem e sua dinâmicas, valores e preferências, permitiu a conceção de cuidados adaptados à realidade de cada uma das famílias, contribuindo para melhores resultados e ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Família, Gestão da doença Crónica, Enfermagem Familiar, Cuidados de Saúde Primários

ABSTRACT

Chronic illness is considered a stressful event and can trigger an accidental transition in the family. In this scenario, changes in family dynamics are inevitable, and the family tries to adjust to the disturbances resulting from the health condition. The purpose of these adaptations is to preserve family stability, promoting resilience in the face of the challenges posed by the illness and strengthening the ties that bind each member of this system.

Within the scope of the Curricular Units Professional Internship with Project Module I and Professional Internship with Report Module II, of the Master's Degree Course in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, the following objectives were outlined: to characterize the family in its structural; developmental and structural dimensions; to identify forces that promote the family's adaptation to chronic illness; to improve the family's skills to manage the impact of chronic illness; to improve the skills of the element with chronic illness for effective self-management of the illness; to streamline in-service training contributing to improving the quality of care for the family with an element with chronic illness.

The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, whose epistemological framework is systemic thinking and the Calgary Model, was used as a resource for assessing families. Meleis' Transitions theory was also used as a reference in designing care that promotes the empowerment of the person and family in adapting to and managing chronic illness.

We selected four families to explore the theoretical frameworks and the design of care in a particular way. These families shared problems of self-management of a chronic illness in at least one of their members, and the interventions carried out were aimed at empowering the individual and the family in the process of managing the chronic illness.

The process developed was important for the development of common and specific skills inherent to the specialist nurse who, through in-depth knowledge of families, their constituent elements and their dynamics, values and preferences, enabled the design of care adapted to the reality of each family, contributing to better results and health gains.

Keywords: Family, Chronic disease management, Family Nursing, Primary Health Care

ABREVIATURAS

ACeS- Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

BI-CSP- Bilhete de Identidade Cuidados de Saúde Primários

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECESF- Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

HTA- Hipertensão Arterial

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*)

IDG- Índice de Desempenho Global

IFNA- *International Family Nursing Association*

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAUF- Plano Ação Unidade Funcional

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCs- Unidades Curriculares

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UFs – Unidades Funcionais

USF- Unidade de Saúde Familiar

TGS- Teoria Geral dos Sistemas

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ABREVIATURAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE QUADROS	x
INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	15
1.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	15
1.2. Caracterização das famílias	20
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1. Família, Saúde Familiar e Enfermagem Familiar.....	22
2.2. Autocuidado.....	28
2.3. Transição Saúde / Doença no indivíduo	29
2.4. Gestão da doença crónica na família tipo casal.....	31
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	39
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	39
3.1.1. Descrição dos ganhos em saúde	60
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	61
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	84
Anexo I - Matriz Operativa MDAIF_ versão reduzida.....	85
Anexo II - Prestação de cuidados às famílias	53
Anexo III - Diagnóstico das necessidades de formação profissional.....	62
Anexo IV - Plano de formação interna MDAIF	64
Anexo V - Apresentação da formação interna MDAIF	66

Anexo VI - Plano de formação interna Modelo Crenças na Saúde na autogestão da dorn....	78
Anexo VII - Apresentação da formação interna Modelo Crenças em Saúde na auto gestão da doença.....	79
Anexo VIII - Questionário de Avaliação da Formação	89
Anexo IX - Certificados de participação em eventos científicos	90

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).....	17
FIGURA 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos (lista da Enfermeira tutora).	18
FIGURA 3: Contagem de famílias por número de elemento por família.	19
FIGURA 4: Genograma da Família 1.	46
FIGURA 5: Ecomapa da Família 1.	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização geral das famílias.....	43
Quadro 2: Dimensão estrutural da Família 1.....	48
Quadro 3: Dimensão desenvolvimental da Família 1.....	49
Quadro 4: Diagnóstico, intervenção e atividades que concretizam as intervenções na Família 1.	51
Quadro 5: Dimensão funcional da Família 1.....	51
Quadro 6: Avaliação e Intervenção na dimensão funcional da Família 1.....	54
Quadro 7: Plano de cuidados do Sr. M.S.....	57
Quadro 8: Plano de cuidados da Sra. V.S.....	59
Quadro 9: Resultados obtidos no questionário de necessidades formativas.....	63

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende dar a conhecer as atividades desenvolvidas no decorrer da realização das unidades curriculares (UCs) do Estágio de Natureza Profissional com Projeto – Módulo I, que decorreu entre 27 de abril e 30 de junho de 2023 e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório II, que decorreu entre 18 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. Estas UCs estão incluídas no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), que tem com objetivo aprofundar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF). Ambos os estágios decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF), na zona ocidental da cidade do Porto, e, portanto, na área dos cuidados de saúde primários.

Os cuidados de saúde primários, como hoje os conhecemos, foram evoluindo ao longo dos tempos. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ocorreu em 1979, embora em 1971 já existissem os chamados Centro de Saúde de 1ª geração. Desde essa data, os cuidados de saúde primários sofreram várias alterações, mas o objetivo de prestar cuidados de primeira linha, com ações de vigilância, de promoção da saúde e tratamentos menos diferenciados, é transversal ao longo desta evolução. Neste sentido, os cuidados de saúde primários foram alterando a designação do local onde são prestados. Inicialmente começou por ser designado por Caixa de Previdência, depois Centro de Saúde e atualmente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF).

De acordo com o Decreto-Lei (DL) n.º 298/2007, de 22 de agosto (Ministério da Saúde [MS], 2007a), a USF é o local de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e às famílias e deve integrar um sistema de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. A USF tem um compromisso assistencial de prestação de cuidados de saúde, que é expresso no seu plano de ação (Despacho Normativo 9/2006, de 16 de fevereiro – MS, 2006). Segundo a Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, o modelo de contratualização para as USF prevê a existência de incentivos institucionais e financeiros (Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 2008). A atribuição destes incentivos está dependente do consecução de metas contratualizadas, relacionadas diretamente com a vigilância do indivíduo e da família. Neste modelo de contratualização é ainda incluído o Índice de Desempenho Global (IDG) da USF. O IDG resulta da soma do grau de cumprimento ajustado a cada indicador, e um conjunto de novos

indicadores de contratualização e monitorização das USF (Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de dezembro - Ministérios das Finanças e da Saúde, 2013). O processo de contratualização é transversal às Administrações Regionais de Saúde (ARS), Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2023). Este processo é operacionalizado em contratualização interna (entre o ACeS e as Unidades Funcionais - UFs) e contratualização externa (entre as ARS e os ACeS). Estes dois processos de contratualização devem estar alinhados com os Planos Nacionais, Regionais e Locais de Saúde (ACSS, 2023).

Em 2022, surge o novo estatuto do SNS (DL nº 52/2022), no qual está previsto a criação de uma Direção Executiva do SNS (Presidência do Conselho de Ministros, 2022). O objetivo da criação desta Direção Executiva prende-se com a necessidade de um compromisso de coordenar as unidades de saúde do SNS, as unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, de forma que trabalhem em rede.

O dia 1 de janeiro de 2024 fica marcado por uma nova fase no SNS, o alargamento a todo o país das Unidades Locais de Saúde (DL nº 102/2023). Esta reorganização do SNS tem com objetivo articular os diferentes níveis de cuidados e potenciar as políticas de promoção da saúde e prevenção da doença (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

No ano de 2011, a Ordem dos Enfermeiros (OE) emitiu o primeiro Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011), e no ano de 2018 surgiu o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este regulamento enaltece a família como alvo dos cuidados, no sentido de capacitar a família e os seus membros na manutenção da sua saúde, permitindo-lhes uma maior autonomia (Figueiredo, 2012; OE, 2018).

A família, venerada como a mais ancestral instituição social, é vista como a pedra angular da sociedade, sendo o primeiro ambiente onde o indivíduo se insere e floresce, com a missão primordial de promover o bem-estar e servir como o elemento primordial para a continuidade do cuidado e o progresso de seus membros (Rodrigues, 2022).

Figueiredo (2012) considera a família como o alvo de cuidados, sendo que esses cuidados serão prestados tanto aos seus membros individualmente, quanto à família como um todo. O processo de doença surge como uma transição accidental na família, o que vai causar alterações na sua dinâmica (Figueiredo, 2012). Quando um membro da família vivencia um processo de doença

(sendo ela aguda, crónica ou terminal), todos os restantes membros da família vivenciam também esse processo de uma forma igualmente impactante quanto para o membro afetado pela doença (sendo que às vezes o impacto é maior para os membros da família do que para o próprio doente) (Shah et al., 2021).

Os membros das famílias que prestam cuidados a um familiar com doença crónica estão, por vezes, sujeitos a uma sobrecarga e exaustão, porque a pessoa com doença crónica não consegue fazer a autogestão da medicação e pelos sintomas associados à doença, necessitando de se envolver nos cuidados e nas atividades de vida diária do seu familiar, gastando muito do seu tempo (Shah et al., 2021).

Em famílias com membros portadores de doença crónica, é necessário identificar as forças que impelem para a mudança e os mecanismos que apoiam a estabilidade do sistema (Figueiredo, 2022). O apoio familiar é pois uma variável importante no ajustamento psicológico das pessoas com doença crónica (Sousa et al., 2021).

Como enfermeira de cuidados de saúde primários, a exercer funções numa USF, surgiu a vontade e o interesse em frequentar o MECESF, uma vez que os conteúdos aprendidos na diferentes UCs permitiriam desenvolver e aprofundar vários conhecimentos específicos da área da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e fortalecer as habilidades e competências neste domínio.

A aplicação destes conhecimentos tem como objetivo central, a capacitação das famílias na gestão da doença crónica, de forma a registar ganhos em saúde nos cuidados específicos da ESF.

Este relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas no decorrer desta UC, acompanhada com uma análise crítica do seu impacto no desenvolvimento de competências referentes à Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF). Esta análise crítica será sustentada pelo pensamento teórico de Enfermagem.

Durante a realização dos estágios procurou-se desenvolver e realizar atividades de enfermagem de forma a atingir os objetivos gerais propostos pela OE (2018):

- A) Cuidar a família enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- B) Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da ESF.

Com o propósito de melhor organizar o presente relatório, este inicia-se com uma caracterização do local onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, apresentando-se de seguida o enquadramento teórico para que seja possível justificar e comprovar as necessidades identificadas. No capítulo seguinte descrevem-se as atividades que foram realizadas no contexto do estágio, acompanhadas por uma autoanálise do que foi um contributo para o desenvolvimento das competências especializadas. O relatório integra ainda uma conclusão com o propósito de sumariar as ideias e os dados apresentados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo pretende-se caracterizar o local onde decorreu o Módulo II- Estágio Profissional com relatório. Esta caracterização faz sentido para melhor compreender a escolha da temática e a das atividades realizadas no intervalo de tempo em questão, que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF.

Segundo Wanda Horta, “enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação, de recuperar, manter e promover a sua saúde” (Horta, 1979, p. 29). Ou seja, a enfermagem é uma ciência direcionada para o ser humano, com orientação para a prática, com alicerces na relação entre o enfermeiro e o doente no processo de cuidar. Esse processo requer uma intervenção terapêutica relacional no sentido de promover o crescimento pessoal e ajudar os doentes a tornarem-se mais autónomos. Tem uma natureza holística e multifacetada no sentido em que vai além dos cuidados físicos, e abrange também os aspetos culturais, emocionais e sociais do doente.

A prática de enfermagem orienta-se por uma racionalidade prático-reflexiva, indo ao encontro de uma epistemologia que leva a processos interligados entre a teoria e a prática em ambientes complexos. Ao prestar cuidados, o profissional de enfermagem demonstra os conhecimentos que aprendeu, a sua essência e as suas capacidades (Queirós, 2016).

A possibilidade da realização de um Estágio com supervisão permite que se reflita sobre o papel do enfermeiro enquanto profissional, de forma que se consiga colocar em prática o conhecimento adquirido nas diferentes UCs (Pascoal & Souza, 2021).

Para caracterizar o local de estágio foi realizada a seleção de uma “amostra acidental de cerca de 20% do total de famílias inscritas, ou no máximo 60 famílias, do ficheiro do enfermeiro de família” (Guia Orientador Estágio, 2023, p. 11).

1.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

A Unidade onde decorreu o estágio situa-se numa zona urbana do concelho do Porto. A população que reside na área de influência do ACeS é de 136.369 habitantes e a população

inscrita no mesmo ACeS é de 179.985 utentes (MS, 2024), o que nos permite concluir que muitos utentes inscritos no ACeS não residem na área de influência do mesmo.

O ACeS é constituído por 15 USF, três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Recursos Assistenciais (URAP) e uma Unidade de Saúde Pública (USP). Fazem também parte o Centro Integrado Saúde Sexual (CISS) e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Recentemente foi constituída a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) deste agrupamento. O concelho do Porto faz fronteira a norte com os concelhos de Matosinhos e da Maia, e a sul com os concelhos de Gondomar e Vila Nova de Gaia. Segundo dados do PORDATA, referentes a 2021 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021), o concelho do Porto apresenta uma população de 231.800 habitantes (teve uma diminuição face a 2011), a densidade populacional é de 5.596 habitantes/km², registando um aumento da população idosa face à população jovem e adulta (índice de envelhecimento de 228, aumento de 194 face a 2011), valor superior ao valor médio nacional (178,4).

A USF escolhida para a realização do Estágio é composta por cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro secretários clínicos e dois assistentes operacionais (MS, 2024), recebendo profissionais de saúde em fase de pré e pós-graduação. Funciona nos dias úteis das 8h às 20h e aos sábados, domingos e feriados funciona com o Atendimento Complementar (AC) no horário das 9h00 às 16h45.

Em relação aos recursos físicos, a USF é constituída por cinco gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem, secretaria, sala de espera, sala de reuniões, armazém de material, WC dos utentes e WC dos profissionais. Tem como Missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica de uma freguesia do concelho do Porto, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados (BI-CSP). A sua Visão é a prestação de cuidados de saúde primários de excelência, adequada às características da população, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais (BI-CSP). Tem como Valores, a conciliação, a cooperação, a solidariedade, a autonomia, a articulação, a avaliação e a gestão participativa (BI-CSP).

Os órgãos de gestão da USF são a Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral. O acesso dos utentes à USF pode ser feito através de consulta programada, consulta aberta e visitação domiciliária (Documentos orientadores da USF, 2023).

De acordo com dados recolhidos no BI-CSP, referentes a outubro de 2023, a USF tem 8.344 utentes inscritos, correspondendo a 10.965 unidades ponderadas. Estas dizem respeito a uma forma de ponderar os utentes de acordo com as suas necessidades específicas (idade, condições de saúde e necessidades específicas). O seu cálculo tem como função a distribuição de recursos (tempo de consulta médica, cuidados de enfermagem e outros serviços), para que estes sejam empregues de uma forma eficiente e justa, colaborando para um avanço substancial na saúde da comunidade.

A pirâmide etária da USF (Figura 1) mostra que existe equidade em relação ao sexo dos utentes (n=3.977 homens; n=4.367 mulheres). A maioria dos utentes (4.927 utentes que correspondem a 58%) encontra-se na idade ativa (19-65 anos), valores que coincidem com a taxa nacional (63%), a taxa de idosos é de 23% (1.918 utentes), o que não difere muito da taxa de crianças/jovens que é de 18% (1.519 utentes). Estes valores são coincidentes com os valores do ACeS (idosos: 34,8% e jovens: 19,68%).



Figura 1: Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

A lista pela qual a Enfermeira tutora é responsável, enquanto enfermeira de família, inclui 1.580 utentes (MS, 2024). Ao analisarmos a pirâmide etária da mesma (Figura 2), verificamos que as características demográficas são semelhantes às da USF, em que 57,5% dos utentes se encontram em idade ativa, 23,8% são idosos e 18,5% são crianças/jovens.

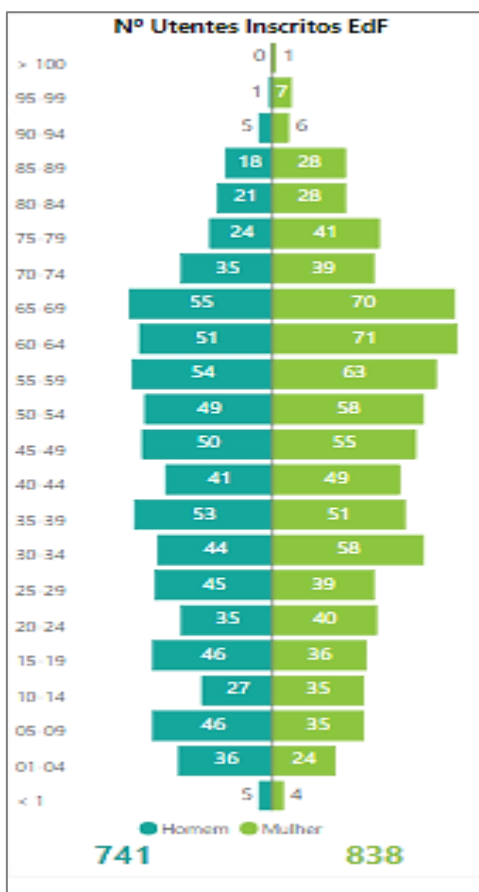


Figura 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos (lista da Enfermeira tutora).
 Fonte: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF).

Estes dados mostram uma baixa taxa de natalidade, e uma elevada proporção de idosos, que resulta de uma elevada esperança de vida e uma baixa mortalidade. Desta lista fazem parte 614 famílias (MIMUF), sendo que a maioria das famílias é constituída por um elemento (n=196; 58%).

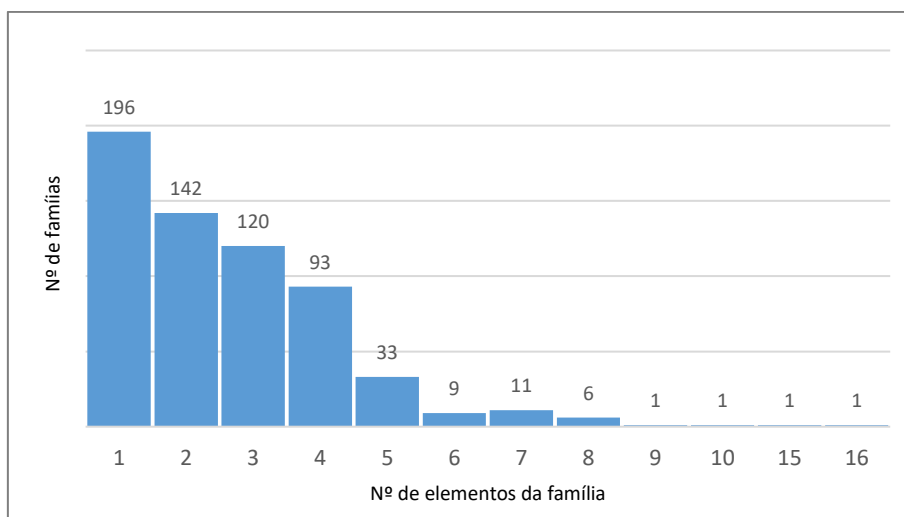


Figura 3: Contagem de famílias por número de elemento por família.
 Fonte: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF).

A USF tem como as áreas de atuação e intervenção, as previstas na Portaria nº 1368/2007 (MS, 2007b), em que é definida a carteira básica de serviços das USF/USCP, sendo elas:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo de vida (saúde geral, saúde da mulher, saúde infantojuvenil, saúde do adulto e do idoso);
- Cuidados em situação de doença aguda;
- Acompanhamento clínico de situações de doença crónica e patologia múltipla;
- Cuidados ao domicílio;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» da pessoa.

Com base no Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), identificaram-se como problemas a baixa acessibilidade do atendimento telefónico, o aumento dos custos em prescrição de fisioterapia, a baixa utilização da consulta de Planeamento Familiar e realização de rastreio do colo do útero, o desempenho do seguimento em Saúde Infantil abaixo do desejável e a diminuição do Índice de Desempenho de Saúde em Hipertensão Arterial. Como projetos de melhoria contínua, a USF tem o atendimento telefónico, a prescrição de fisioterapia e o rastreio do cancro do colo do útero. Apesar de nenhum dos projetos de melhoria contínua se relacionar com a Hipertensão Arterial (HTA), após discussão com a enfermeira tutora, a mesma referiu que a HTA é uma área onde se verifica um desempenho menos positivo na Unidade, pelo elevado número de pessoas com hipertensão (415 utentes) que fazem parte da sua lista. Sabe-se ainda que muitos dos utentes com hipertensão sofrem, cumulativamente, de outras doenças crónicas,

o que determina uma maior complexidade individual para gerir o regime terapêutico, mostrando são estas pessoas a requerer um maior apoio. A gestão da doença crónica raramente é um desafio pessoal, pois a(s) doença(s) de um dos membros da família tem repercussões em toda a família, atuando de uma forma sistémica (Alarcão, 2006). Neste contexto, os enfermeiros poderão promover ganhos na qualidade de vida e bem-estar de toda a família.

1.2. Caracterização das famílias

Do total das 614 famílias que faziam parte da lista da enfermeira tutora, foram selecionadas através de uma amostra de conveniência, 60 famílias que foram alvo da nossa caracterização.

Estes dados, de âmbito familiar, foram recolhidos ao longo das consultas de enfermagem (programada e não programada), através de entrevistas aos utentes e também através da análise do processo clínico. Todos os dados recolhidos foram documentados no Sistema de informação SClínico dos Cuidados de Saúde Primários (Sclínico).

Os dados avaliados foram:

- Número de membros que compõe a família
- Idade de cada membro da família
- Tipo de família
- Etapa do ciclo vital
- Subsistemas
- Escala de Graffar
- Doenças crónicas do agregado
- Rede social

Após análise dos dados recolhidos, no que se refere ao número de membros que compõe a família, verificou-se que 21 famílias eram constituídas por 2 elementos, dados estes que estão em consonância com os dados dos Censos de 2021, que referem que os agregados familiares em Portugal são constituídos por 2,5 elementos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

Em relação ao tipo, a família nuclear (46%) é a predominante, seguida da família tipo casal (18%).

No que diz respeito à etapa do ciclo vital, 36% das famílias avaliadas encontram-se na fase “família com filhos adultos”, de acordo com Relvas (1996). No entanto, em 33% das famílias a

etapa do ciclo vital não se aplica por serem famílias alargadas, monoparentais ou unipessoais. Ao analisarmos estes dados, podemos constatar que a lista da enfermeira tutora está em consonância com os dados nacionais que nos dizem que a população portuguesa é uma população envelhecida e que as famílias têm menos filhos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

A distribuição das famílias pelas diferentes classes sociais mostra que a maioria pertence à Classe Média (III). Relativamente à distribuição por diferentes doenças crónicas, evidencia-se que quase metade das famílias estudadas tem um ou mais membros com o diagnóstico de Hipertensão Arterial. Estes dados vão de encontro a uma das inquietações da enfermeira tutora, pois segundo a mesma, o seu ficheiro tem um elevado número de pessoas com esta patologia. No decorrer das entrevistas também foi possível perceber que vários utentes são afetados por mais que uma doença crónica, sendo por isso utentes polimedicados.

Da avaliação da rede social, 96% das famílias referem que o serviço de saúde é considerado um serviço de apoio das suas redes.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo relatar a evolução da saúde familiar, e, por conseguinte, da enfermagem de saúde familiar, assim como indagar sobre a evidência do papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de Enfermagem à família, cujos membros têm doenças crónicas diagnosticadas.

2.1. Família, Saúde Familiar e Enfermagem Familiar

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), família pode ser definida com a unidade social ou um grupo de seres humanos, que podem estar ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, e a unidade ou o todo é visto como um sistema, maior do que a soma das suas partes (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2019).

Segundo Alarcão (2006), é na família que são permitidos a aprendizagem e elaboração das várias dimensões que são fundamentais na relação com o outro (a linguagem, as relações interpessoais e a comunicação) e é também o meio onde são vividas relações afetivas.

A família também deve ser encarada como um todo, um sistema, uma globalidade (Relvas, 1996). Enquanto sistema, está integrado em outros subsistemas. Para Relvas (2003), estes subsistemas são o subsistema conjugal (fazem parte o casal, e a conjugalidade influencia as relações que se estabelecem na família como um todo), o subsistema parental (cujo objetivo prende-se com a educação dos filhos e pode incluir outras pessoas além dos pais) e o subsistema fraternal (relacionado com as interações entre irmãos, que se constitui como o primeiro local de socialização).

Podemos dizer que da família é esperado apoio, segurança, aceitação e compreensão e é no seio desta que os seus membros adquirem hábitos de saúde. Para que exista bem-estar entre os seus membros é necessário que se aceitem e se respeitem reciprocamente.

Segundo Figueiredo (2023, p. 94), “a família deverá possibilitar o crescimento e autonomização dos seus membros, simultaneamente à criação de um sentimento de pertença, representando estas tarefas a função interna da família.”.

A saúde familiar envolve o bem-estar físico e mental de todos os elementos de uma família. Neste sentido, o foco centra-se na família como um todo, bem como nos seus membros individuais (Figueiredo, 2012). A saúde familiar, enquanto conceito, tem acompanhado a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A reforma dos CSP em 2005 (Presidência do Conselho de Ministros, 2005), com a criação das USF, local onde está integrada uma equipa multiprofissional (medicina geral e familiar, enfermagem e administrativa), foi um grande marco nesta reforma. O Decreto-Lei n.º 118/2014 define os princípios e enquadra a atividade do enfermeiro de família. Neste decreto, o enfermeiro de família é descrito como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (MS, 2014, p. 4070).

De forma a colmatar a necessidade de especializar os cuidados de enfermagem nas diferentes áreas, incluindo a enfermagem de saúde familiar, e de modo a cumprir o estipulado no Decreto-Lei nº 73/2017, em que é mencionado que os enfermeiros que fazem parte de uma USF têm de ser detentores do título de especialista em ESF (MS, 2017), a OE publicou o perfil de competências específicas do EEECESF (OE, 2018).

Neste documento estão explanadas as competências específicas do EEECESF, nomeadamente “cuida da família como unidade de cuidados, tendo em conta que a família é a unidade de cuidados e nesse sentido promove a sua capacitação face às exigências e respeitando as especificidades do seu desenvolvimento” e ainda “presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, tendo a família como unidade de cuidados, focalizando-se tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente” (OE, 2018, pp. 19355-19356).

A enfermagem familiar pode ser considerada uma especialidade da enfermagem com um conjunto de saberes específicos. Este conjunto de saberes específicos surgiram apoiados em modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, valorizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2012), a família como unidade sistémica que é, detém um papel distinto no suporte à saúde dos seus membros, sendo também dotada de uma capacidade de se auto organizar. O seu entendimento deverá considerar o contexto familiar e a historicidade, de forma a aumentar o “foco de observação do indivíduo para a família, entendendo a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade” (Figueiredo, 2012, p.2). Estes conceitos

estão relacionados com a terapia familiar e com as teorias que mais contribuíram para a fundamentação epistemológica, teórica e terapêutica da terapia familiar, sendo elas: Teoria Geral dos Sistemas (TGS), Cibernética, Teoria da Comunicação Humana

A TGS foi desenvolvida em 1937 por Bertalanffy (biólogo austríaco). Nesta teoria, a comunicação é entendida como uma interação de elementos, com um propósito, equilíbrio, organização, regulação, diferenciação e complexidade (Bertalanffy, 2006). O sistema é um conjunto de interações que, trabalhando em conjunto, procuram alcançar objetivos comuns, para manterem uma homeostasia. Esta teoria ajuda a compreender a família como uma unidade sistêmica. Ao considerar a família como um sistema dinâmico, destaca as complexas interações entre os seus membros, permitindo uma visão mais abrangente das influências mútuas. A sua ênfase na adaptação e mudança destaca a capacidade da família de responder aos desafios de saúde, ajustando-se e evoluindo ao longo do tempo. A TGS também destaca a importância das fronteiras familiares, facilitando uma compreensão mais profunda das relações entre a família e o sistema de saúde. Ao reconhecer os ciclos de retroalimentação, a teoria destaca como intervenções num membro podem reverberar por toda a família. Dessa forma, a aplicação da TGS melhora a compreensão das dinâmicas familiares, mas também orienta para intervenções mais eficazes, promovendo a prevenção, a adaptação positiva e o bem-estar geral da unidade familiar.

O estudo da Cibernética de Nicholas e Schwartz (1998) considera as famílias sistemas interligados, permitindo um ciclo de *feedback*, onde um sistema adquire informações para preservar a sua estabilidade. Estes ciclos de *feedback* podem permitir o ajuste do sistema de volta ao equilíbrio (circuito negativo), ou expandindo desvios (circuitos positivos). Este tipo de abordagem permite compreender como as famílias se adaptam e mantêm a homeostasia, destacando a importância das interações, comunicações e *feedbacks* dentro da unidade familiar. Ela reconhece que as famílias são sistemas complexos, nos quais as ações de um membro podem influenciar significativamente os outros. Essa teoria oferece uma lente para compreender a dinâmica familiar, destacando como as informações fluem e são processadas entre os membros. Além disso, enfatiza a adaptação e a autorregulação como elementos cruciais para a saúde familiar, permitindo que a família ajuste as suas estratégias e comportamentos em resposta a desafios ou mudanças nas condições de saúde.

A Teoria da Comunicação Humana procura compreender como os indivíduos compartilham informações, interpretam mensagens e elaboram significados em diversas situações sociais. No

campo da Teoria da Comunicação Humana, a versão que mais se destaca é a de Paul Watzlawick (1967), que enaltece alguns princípios base, tais como: é impossível não comunicar, até no silêncio, na inação pode-se difundir mensagens; existem vários tipos e níveis de comunicação (inclui a mensagem propriamente dita e a interação interpessoal); a comunicação envolve a afirmação/negação, o controle/liberdade e a simetria/complementaridade.

Para caracterizarmos uma família, é necessário que conheçamos algumas das suas propriedades. Segundo Ochoa de Alda (1995), num sistema familiar podemos encontrar a totalidade, causalidade circular, equifinalidade, equicausalidade, limitação, regra relacional, ordenação hierárquica e teleologia.

- Totalidade: não é possível deduzir da avaliação dos indivíduos, o funcionamento do grupo a que está sujeito, é necessário perceber as suas interações. O comportamento familiar não pode ser entendido como a soma dos comportamentos dos seus membros;
- Causalidade circular: interpreta as relações familiares como repetitivas, com um padrão e interdependentes. O comportamento de um indivíduo terá um impacto no comportamento de outro membro, de forma a servir de estímulo para a sua resposta;
- Equifinalidade: o sistema familiar pode atingir o mesmo estado final a partir de condições iniciais diferentes;
- Equicausalidade: a partir de condições iniciais iguais, o sistema familiar pode atingir resultados finais diferentes;
- Limitação: determinada sequência de interações diminui a probabilidade de o sistema dar uma resposta diferente. Esta sequência pode manter o problema de forma circular;
- Regra relacional: é necessário a definição da relação entre os elementos que constituem o sistema, ou seja, é de extrema importância a forma como são utilizadas as normas e os padrões de interação que vigoram entre os vários membros da família;
- Ordenação hierárquica: na família, a hierarquia não está só relacionada com o poder que os membros exercem uns sobre os outros, as decisões que tomam, mas inclui também a proteção e a ajuda que se dá aos outros elementos;
- Teleologia: as diferentes fases de desenvolvimento pelo qual a família passa faz

com o que o sistema familiar tenha de se adaptar a essas alterações. É necessário um equilíbrio entre a morfostase (equilíbrio da estrutura familiar ao longo do tempo) e morfogénese (estudo para identificar e compreender como as famílias se adaptam em resposta às mudanças que na saúde, nomeadamente as estratégias que a família desenvolve, a reorganização de papéis e as responsabilidades familiares).

Tendo em conta as teorias descritas anteriormente, e de acordo com o paradigma sistémico, os cuidados de enfermagem à família devem dar importância às interações que existem entre os vários membros do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Por conseguinte, é necessário que existam instrumentos que permitam a avaliação e a intervenção da ESF. Estes instrumentos favorecem o planeamento e a modificação das intervenções de acordo com as diferentes teorias de enfermagem, das ciências sociais e da teoria familiar (Figueiredo, 2012).

A ESF é o domínio de estudo da enfermagem com uma base de conhecimento particular. A evolução da ESF tem ocorrido através de diversos referenciais e diversos modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar. Estes modelos surgem fundamentados em diversos referenciais epistemológicos, e tem a família com alvo e unidade de cuidados de enfermagem.

Desenvolvido por Berkey e Hanson em 1991 surge o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar. Este modelo é baseado no modelo de Betty Newman e descreve que as famílias são sujeitas a tensões causadas por fatores de stresse e que a reação que a família desenvolve a estes fatores está relacionada com a profundidade com que os fatores stressantes impactam a família. A maneira como a família mantém a sua estabilidade após esses fatores de stresse está interligada com a adaptação da mesma a essas situações (Hanson, 2005). Este modelo foca-se em três áreas: promoção da saúde (identificação de problemas, linhas de resistência e atividades de bem-estar); reação e estabilidade familiar (pontos de defesa e resistência) e a área do restabelecimento da estabilidade familiar e do funcionamento familiar (Hanson, 2005).

O Modelo de Avaliação de Friedman, criado em 1998, tem por base a teoria dos sistemas, a teoria do desenvolvimento e a teoria estrutural-funcional. Este modelo classifica a família como um sistema social com exigências funcionais que desempenha funções úteis ao indivíduo e à sociedade, e é na família que os seus membros aprendem os valores e as normas que devem interiorizar. O principal objetivo da criação deste modelo prende-se com o facto de servir como guia orientador para uma recolha de dados às famílias. Esta recolha de dados tem como

princípios orientadores, colocar questões relacionadas com os dados de identificação dos membros da família, o estágio de desenvolvimento da família, a história da família, a estrutura familiar (que engloba os valores familiares, a estrutura de papéis e a comunicação), os dados do meio ambiente, as funções familiares e a adaptação familiar ao stress e o *coping*.

Wright e Leahey publicaram em 1984 o Modelo Calgary de Avaliação da Família e em 1994 o Modelo Calgary de Intervenção da Família. Com a elaboração destes dois modelos, surge o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, mas os dois modelos enumerados anteriormente podem ser utilizados em separado de acordo com a fase em que se encontra o processo dos cuidados de enfermagem. Neste modelo o conceito de família corresponde a “família é quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2002, p. 68).

O Modelo Calgary de Avaliação da Família assenta em três categorias: estrutural, desenvolvimental e funcional. O Modelo Calgary de Intervenção da Família enaltece a relação entre os enfermeiros e os membros de cada família, de forma a ajudar na realização de mudanças para se iniciar a resolução dos problemas (Wright & Leahey, 2002).

No contexto português, e acompanhando a evolução dos CSP em Portugal, foi adotado o referencial teórico e operativo que desse resposta às dificuldades dos enfermeiros face aos cuidados que prestam às famílias - o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012). Este modelo integra os conceitos centrais, como família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. Com a utilização deste modelo, destacam-se as relações com os membros da família de forma que os mesmos participem em todas as etapas. A dinâmica do MDAIF baseia-se em três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional, com a finalidade de empoderar os membros da família para lidar com as necessidades que surgem durante as transições ao longo do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2012).

O Modelo Calgary de Avaliação da Família, o Modelo Calgary de Intervenção da Família e Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar são modelos reconhecidos pela *International Family Nursing Association* (IFNA) como Modelos para serem utilizados na enfermagem familiar (IFNA, 2023).

De acordo com um estudo de Silva (2013), o uso do MDAIF tem um efeito positivo em relação aos ganhos em saúde das famílias, contribuindo para que os enfermeiros prestem melhores

cuidados às famílias, no sentido em que é possível identificar melhor os problemas, estudar as tomadas de decisão e promover a saúde familiar (Silva, 2013).

2.2. Autocuidado

Apesar do termo autocuidado fazer parte da linguagem do cidadão comum, é necessário fazer algumas considerações no contexto de famílias que têm pessoas que convivem com doenças crônicas. Segundo Martins e Brito (2021), o autocuidado refere-se a um conjunto de medidas básicas e de baixa complexidade, mas com grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas.

Orem destacou-se ao elaborar uma teoria geral de enfermagem focada no autocuidado e sugere que o autocuidado é algo que necessita de ser trabalhado e desenvolvido, não surge como uma função inata e tem como objetivo a diminuição das necessidades que regulam as pessoas (Petronilho, 2012). Segundo Orem, todas as pessoas possuem habilidades para se autocuidarem, uma vez que têm competências para adquirir conhecimento e experiências ao longo da sua vida que permitem esse autocuidado. A pessoa tem também a capacidade de se envolver no seu autocuidado, permitindo a procura de resultados em saúde (McEwen & Wills, 2009 citado por Petronilho, 2012).

Existem fatores que podem condicionar o autocuidado. São eles o sexo, a idade, o estado de saúde, a etapa do ciclo de vida em que a pessoa se encontra, os padrões de vida, o contexto sociocultural, a relação que existe com os serviços de saúde, o diagnóstico médico e o seu tratamento (Petronilho, 2012).

Estão presentes alguns pontos em comum nas diferentes definições do autocuidado. São elas: a especificidade da situação e da cultura, o envolvimento da capacidade de escolher e executar, o ser influenciado por valores e conhecimentos, a motivação, e ter como ponto central o domínio da assistência à saúde individual (Martins & Brito, 2021).

A teoria de médio alcance do autocuidado de doenças crônicas proposta por Riegel define autocuidado como um processo de manutenção da saúde através de práticas promotoras da saúde. Esta manutenção da saúde emerge de três conceitos: manutenção do autocuidado, monitorização do autocuidado e gestão do autocuidado (Riegel et al., 2019).

Nos membros da família com doença crónica, muitas vezes é necessário reorganizar o autocuidado ao longo do curso da doença. Esta reorganização pode acontecer se surgir uma comorbilidade, ou se for necessário outro tipo de tratamento (Riegel et al., 2019).

A manutenção do autocuidado tem como objetivo a conservação da saúde (ex: assegurar um sono reparador, tomar a medicação prescrita, ser fisicamente ativo e gerir o stress); a monitorização do autocuidado relaciona-se com o processo de controlar o comportamento e observar mudanças nos sinais e sintomas; a gestão do autocuidado refere-se à adoção de um conjunto de comportamentos, quando na presença de sinais e sintomas, que permitem controlá-los (Riegel et al., 2019).

Quando falamos em doença crónica, o autocuidado está intimamente ligado, uma vez que é parte integrante do tratamento, sendo que as pessoas que se comprometem a cumpri-lo têm melhores resultados com a sua doença, nomeadamente no que se refere a uma diminuição de hospitalizações e melhoria na qualidade de vida (Jonkman et al., 2016 citado por Riegel et al., 2021).

Nesse sentido, é de uma relevância significativa que os indivíduos façam parte do processo de tratamento e de medidas preventivas.

2.3. Transição Saúde / Doença no indivíduo

O termo transição diz respeito a passagens ou mudanças com grande significado na vida dos indivíduos. Segundo Meleis (2010), ao longo da vida de um indivíduo podem ocorrer várias transições:

- Transição saúde/doença (ex: quando ocorrem mudanças existindo doenças);
- Transição desenvolvimental (ex: quando os indivíduos passam por um processo de parentalidade);
- Transição situacional (ex: quando existe a necessidade de adquirir competências para cuidar do outro - familiar passa a ser cuidador);
- Transição organizacionais (ex: mudanças que ocorrem por alterações sociais, económicas e políticas na dinâmica de uma organização).

Meleis (2010) define que as mudanças que ocorrem na saúde e na doença dos indivíduos provocam um processo de transição, e que os clientes em transição podem ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde. As transições são experiências que diferem de indivíduo para indivíduo, mas existem características que são semelhantes a todos os tipos de transição. Quando um indivíduo passa por uma transição saúde/doença, ele vivencia individualmente um processo complexo que engloba mudanças sociais, físicas e emocionais. Esta transição ocorre por vários motivos, tais como, alteração da condição de saúde, quando surge o diagnóstico de uma doença, de uma condição crônica, recuperação de uma condição crônica, ou início de um tratamento médico. Quando isto acontece, o indivíduo precisa de informação e de apoio emocional, mas sempre respeitando as suas vontades individuais. Nesse sentido deve existir um plano de cuidados personalizado.

A capacitação da pessoa com informação relativa ao seu estado de saúde e às formas de tratamento são de extrema importância, pois essa capacitação visa a autonomia e a facilitação da adaptação. Neste processo de capacitação, é necessário que o indivíduo explique quais são as suas expectativas para o futuro, tendo sempre em atenção as suas limitações decorrentes da doença.

Murray et al. (2007 citado por Duarte & Monteiro, 2016) classificam a doença crônica utilizando cinco critérios: o tipo de começo (repentino ou gradual); o curso (progressivo, constante ou episódico); o resultado (fatal ou não fatal); a incapacidade (cognitiva, mobilidade, força, alteração da autoimagem e estigma social) e a incerteza (grau de previsibilidade). A sua duração no tempo, a forma como afeta a pessoa e a dinâmica familiar, nas implicações não só físicas, como sociais e emocionais, o uso continuado dos serviços de saúde e o aparecimento de algum grau de incapacidade e irreversibilidade, tornam as doenças crônicas semelhantes, em alguns processos, às restantes doenças.

Ao falarmos de promoção de saúde e da prevenção da doença, temos de ter em consideração que as pessoas que fazem parte da família têm direito à informação sobre a sua situação de saúde/doença. Essa informação irá fazer com que os membros da família se tornem mais capazes para lidar com esta alteração no funcionamento do seu sistema familiar, nomeadamente no que se refere ao impacto que a doença tem na pessoa com uma doença, nas alterações necessárias na elaboração de novas normas e novos esquemas para que seja possível a adaptação à doença (Figueiredo, 2023).

Ao profissional de ESF, ao longo deste processo de transição, são exigidas uma atitude empática e uma abordagem global, apoiando a pessoa no decorrer desta transição para que possa manter ou até melhorar a sua qualidade de vida.

2.4. Gestão da doença crónica na família tipo casal

A doença de um dos membros da família constitui-se como uma transição acidental na família, estando inerentes alterações na dinâmica familiar como resposta às perturbações, no sentido de manter a estabilidade da mesma (Figueiredo, 2012). A presença de uma doença crónica numa família provoca crises inesperadas, que dependerão do membro da família com doença, da etapa do ciclo vital em que se encontra, das repercussões da doença e da necessária reestruturação familiar (Peixoto & Santos, 2009 citado por Duarte & Monteiro, 2016).

Tal como se referiu anteriormente, a doença crónica, pelas suas características específicas, pode ser encarada como fator de stresse, que acompanha o desenvolvimento da família ao longo do seu ciclo vital (Silva et al., 2021).

Para que se mantenha a funcionalidade em famílias com pessoas afetadas com doença, é necessário que se encontre um equilíbrio dinâmico entre a harmonização das forças que impelem para a mudança (pressões internas e externas) e os mecanismos que apoiam a estabilidade do sistema (valores, crenças, regras e rituais) (Figueiredo, 2022). Uma vez que é no sistema familiar que se dá a aprendizagem e a apropriação dos estilos de vida saudáveis, tendo em conta as crenças e valores que essa família atribui à saúde, a família pode influenciar a saúde de cada um dos seus membros individualmente.

As crenças em saúde estão interligadas com a perceção que cada membro tem das intervenções dos profissionais de saúde, com os comportamentos adotados e com o regime terapêutico (Figueiredo, 2023).

O Modelo de Crenças na Saúde na autogestão da doença mostra-se particularmente útil em ESF. Este modelo desenvolvido por Irwin Rosenstock e seus colegas em meados da década de 1950 foi inicialmente proposto para entender e prever a adesão das pessoas a programas de triagem de saúde, mas, ao longo do tempo, foi amplamente aplicado em diversos contextos de saúde para examinar como as crenças individuais influenciam o comportamento de procura de saúde (Couto, 1998).

O Modelo de Crenças na Saúde orienta os enfermeiros na aplicação de estratégias que vão apoiar as pessoas com doença na alteração de estilos de vida. Os elementos conceituais de referência são: a percepção da gravidade, da suscetibilidade, dos benefícios, dos custos ou obstáculos e as pistas para a ação e a autoeficácia. A gravidade e a suscetibilidade constituem a possível ameaça percebida, por sua vez, a percepção dos custos e obstáculos *versus* benefícios vão influenciar o curso da ação (Morais, 2022). Nesse sentido, a probabilidade de uma pessoa desenvolver ações que beneficiarão a sua saúde depende da percepção que ela tem dos diferentes fatores. Também, quanto maior a percepção da gravidade e suscetibilidade à doença, maior a probabilidade de a pessoa decidir adotar medidas positivas relativamente ao seu controlo. Mas, apesar disso, a pessoa pode ainda precisar de indicações (alguns autores chamam de pistas), para desencadear ações positivas (ex: doença de um familiar, aconselhamento do profissional de saúde, campanhas de imprensa) (Couto, 1998).

Segundo Shah et al. (2021), a qualidade de vida de toda a família pode ser impactada pela condição crónica de saúde ou deficiência de um membro da família. Muitas vezes esse impacto é experimentado de uma forma menor no doente. Famílias com familiares com doenças crónicas menos graves, por norma, relatam uma sobrecarga moderada na qualidade de vida, o que nos leva a supor que a sobrecarga está associada à gravidade da doença e à interpretação de sobrecarga do familiar (Shah et al., 2021).

Identificado como fator importante, o apoio familiar facilita o ajustamento psicológico das pessoas portadoras de doenças crónicas (Sousa et al., 2021). Segundo os mesmos autores, as intervenções da família visam também combater a dor, apoiar a função social e emocional, combater a angústia, proporcionar um melhor bem-estar do ambiente doméstico e a melhorar a capacidade de mobilizar apoio emocional (Sousa et al., 2021).

Segundo Cotrim e Figueiredo (2023), as famílias nas quais existem pessoas com doença deparam-se com uma série de desafios de diferentes origens. Estes problemas poderão ser: económicos (decorrentes das mudanças causadas pela doença), laborais (quando surge a necessidade de mudar ou deixar o emprego para ser o cuidador da pessoa doente), e o aumento da responsabilidade da pessoa que cuida.

Podem também ocorrer problemas ao nível de alteração de papéis, ao nível recreativo e de lazer e ao nível psicológico dos membros da família onde existem pessoas com doença crónica. No que se refere ao nível recreativo e de lazer, a doença crónica pode restringir a pessoa para o cumprimento de atividades em família, o que pode ser um elemento causador de stresse entre

os membros da família (Silva et al., 2021). Quando uma família se vê perante uma situação de doença crónica surge a questão “como explicar à família extensa e à sua rede de amigos o que está a suceder ao membro da família?”. Ocorre muitas vezes a incompreensão de algumas pessoas, e no extremo oposto, a preocupação excessiva com a doença por parte dessas pessoas (Cotrim & Figueiredo, 2023).

Quando surge o diagnóstico de uma doença crónica, a homeostasia familiar pode ser alterada, nomeadamente os papéis de cada membro. É ilustrativo desta situação, o casal em que a esposa era a responsável pela confeção das refeições, da higiene da casa, e que por limitações da doença passa a ser o marido a ter de desempenhar essas tarefas (Batista, 2016).

O impacto causado na pessoa afetada por uma doença e o conhecimento que existe dessa doença têm uma grande importância na capacitação da família para se organizar de forma que esse impacto seja menor nos restantes membros e sistemas familiares (Figueiredo, 2023). Existem também diferenças das implicações da doença relacionadas com o sistema familiar onde as mesmas ocorrem. No sistema conjugal, no membro do casal que não é a pessoa afetada pela doença, pode ocorrer uma culpabilização relacionada com os cuidados que deveria ter tido e com a importância que deu à sintomatologia. As mudanças que ocorrem num membro da família provocam também mudanças nos restantes membros (princípio da globalidade). Essa mudança irá provocar transformações nos seus comportamentos individuais e por conseguinte gerar alterações nos padrões da família (Figueiredo, 2023).

Estas transformações podem surgir na redistribuição de papéis e no aumento de competências e responsabilidades e levam a uma agregação de perturbações biopsicossociais, denominadas por exaustão familiar (Matos & Pereira, 2009 citado por Cotrim, 2023). Este conceito, adotado por Grad e Sainbury em 1996, foi definido como quaisquer consequências negativas para a família da qual a pessoa com a doença faz parte. Após esta definição, muitas outras surgiram. Lidell, em 2002, definiu exaustão familiar como uma perspetiva multidimensional, como um problema físico, psicológico, emocional, social ou financeiro que é vivenciado pelo cuidador (Lidell, 2002 citado por Cotrim, 2023).

A exaustão familiar também tem como condicionante a relação existente entre o cuidador e o familiar que recebe os cuidados e as particularidades de cada membro. A sobrecarga de cuidar de alguém é distinta de pessoa para pessoa, estando esta diferença relacionada com a personalidade de quem cuida, do suporte social que a família tem, e se existem ou não outras obrigações relacionadas.

As intervenções mais utilizadas estão diretamente relacionadas com o regime dietético, regime de exercício e regime medicamentoso, enquanto as consequências psicológicas da doença carecem de intervenções (Riegel et al., 2021). Contudo, existem intervenções que podem aumentar o conforto psicológico como: favorecer um ambiente onde seja possível a todos os elementos da família expressarem as suas preocupações e medos relacionados com a doença, facultar o máximo de informação sobre a doença, incentivar a família a manter as suas rotinas, reforçar a importância de dividir tarefas, e facultar o acesso a grupos de apoio, terapeutas ou outros profissionais de saúde (Trindade & Teixeira, 2000).

Parece haver uma complexidade das dinâmicas de género e de cuidado dentro do contexto conjugal, destacando-se as crenças culturais com grande influência na distribuição de papéis e responsabilidades dentro de um relacionamento, especialmente quando um dos parceiros enfrenta uma doença. As mulheres desenvolvem atividades fora da esfera doméstica, contudo, a realização dessas atividades implica uma sobrecarga nas mulheres, porque além das atividades profissionais, continuam a realizar as tarefas domésticas (Santo, 2021).

Socialmente, associa-se à mulher a maior responsabilidade pelos cuidados prestados à família. É pedido que esta esteja atenta à saúde dos seus familiares, no que se refere à medicação, alimentação e a todos os outros aspetos que estejam relacionados com as condições necessárias à presença de um ambiente familiar e doméstico saudável. Apesar da maioria das mulheres trabalharem fora de casa, continuam a ser elas a tratar e a prestar os cuidados necessários aos familiares, ainda que tenham mantido relações de alguma hostilidade ao longo da vida (Mendes, 2004).

Apesar da legislação e dos movimentos sociais que reafirmam uma igualdade de direitos, as práticas sociais persistem com um claro desfavorecimento da mulher, sendo estas mais envolvidas em grande parte das atividades respeitantes aos cuidados com os filhos, com os membros dependentes, e também com as tarefas domésticas (Dias, 2011).

Torna-se importante conhecer este contexto social e cultural, pois, quando é a mulher a necessitar de cuidados, a situação torna-se complexa devido à inversão de papéis. Apesar de necessitar ser cuidada, a mulher sente que deve manter as suas funções de cuidadora causando-lhe sobrecarga (Mendes, 2004). Perante uma situação de doença na mulher, ocorre a necessidade da família se reorganizar, aprendendo e adaptando-se a novas funções (Broto e al, 2017), isto porque o papel da mulher ainda está muito relacionado com o cuidar.

Para fazer face a esta crise é necessário que as famílias adotem estratégias de *coping* eficazes. Segundo Figueiredo (2012), o *coping* familiar resulta de “comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos fatores de stresse intra ou extrafamiliares” (p. 97). As estratégias de *coping* normalmente são direcionadas para manter a integridade da família e os seus valores. A realização de mudanças estruturais na família para aceitar novas solicitações é uma estratégia utilizada tardiamente (Duarte & Monteiro, 2016).

De acordo com Sousa et al. (2021), a forma como cada elemento e o casal reagem à doença deverá constituir um foco de atenção para os enfermeiros. Os autores realçam ainda que, enquanto subsistema conjugal, a adaptação do casal numa situação de doença poderá influenciar o nível de envolvimento na gestão do regime terapêutico. Bondenmann et al. (2016) referem que quando ocorre um evento stressor, que pode afetar direta ou indiretamente os membros do casal, em simultâneo ou em tempos diferentes, esses membros adotam um conjunto de estratégias para lidar com o evento. A esse conjunto de estratégias dá-se o nome de *coping* diádico. O *coping* diádico pode ser positivo ou negativo, de acordo com a forma como os membros do casal responde aos eventos stressores. Este pressupõe três formas:

- Centrado na emoção (fornece apoio emocional e empatia);
- Centrado no problema (disponibiliza conselhos práticos e ajuda a perceber as situações de uma outra forma);
- Centrado na delegação de responsabilidades extra para que haja uma distribuição equitativa de tarefas.

O *coping* diádico positivo permite uma melhoria na relação do casal, uma vez que encoraja a intimidade e solidariedade e conduz a uma redução do stresse (Bondenmann et al., 2016). O *coping* negativo está relacionado com as reações de tensão entre os membros do casal, de posturas hostis face aos problemas (Bondenmann et al., 2016). Os autores referem ainda que o *coping* diádico contempla quatro momentos:

1. Momentos que antecedem a crise: os membros do casal avaliam os fatores stressantes e discutem planos para enfrentar a crise;
2. Resolução positiva: quando surge um contexto stressante, os membros do casal colocam em prática os planos discutidos no momento que antecedeu a crise;

3. Momento pós crise: nesta fase, os membros do casal verificam como lidaram com o momento de crise, o que pode ser melhorado e o que funcionou, sendo esta fase de ajuste e aprendizagem contínua;
4. Conclusões a longo prazo: está relacionada com os efeitos duradouros do *coping* diádico, que podem implicar um fortalecimento da relação entre os membros do casal, e uma melhor resolução dos confrontos existentes. Os processos de *coping* representam um processo interpessoal, uma vez que a avaliação cognitiva da crise e a percepção de cada elemento sobre essa mesma crise determinam a resiliência familiar e a resposta global (Duarte & Monteiro, 2016).

Esta resposta à crise está muito ligada à coesão e adaptabilidade familiar. Podemos definir coesão familiar como sendo a ligação emocional entre os membros da família, que se forma a partir do equilíbrio da necessidade de autonomia e por outro lado de afiliação (Figueiredo, 2023). Se uma família apresenta níveis centrais de coesão (separada e ligada), isto significa que possui uma boa dinâmica familiar, no sentido em que os seus membros estão preparados para serem vinculados à família, mas também independentes (Olson, 1988 citado por Figueiredo, 2023).

A adaptabilidade familiar entende-se como a resiliência da família quando surgem situações stressantes, sejam de que origem forem, e que vão provocar mudanças no sistema familiar (Olson, 1997 citado por Figueiredo, 2023). Se nas famílias em que existem pessoas com doença crónica, estes dois princípios encontram-se alterados, e esta é uma família em que vai ser mais difícil aceitar e promover comportamentos promissores para lidar com a doença.

Concretamente, na gestão de uma doença que possa ser controlada através de comportamentos de autogestão, um estilo de *coping* mais confrontativo parece trazer benefícios (Sousa et al., 2011).

No contexto de doença crónica, tanto a pessoa como a família passam por um processo de adaptação (Carter & McGoldrick, 1955 citado por Silva et al., 2021). Quando estão presentes sentimentos negativos, é mais difícil que a pessoa afetada por uma doença crónica esteja disposta ao tratamento e à informação fornecida pelos profissionais de saúde. É sempre de extrema importância a presença da família na consulta, para que haja uma maior adesão ao regime terapêutico, uma vez que muitas vezes vai haver a necessidade de alterar hábitos e rituais familiares e também para desmitificar algumas crenças que possam existir (Silva et al., 2021).

Nem todas estas transições impactam nos casais da mesma maneira, muito tem que ver com o estado em que está o relacionamento prévio ao aparecimento da doença, as suas crenças e os seus valores. De uma forma generalista, o casal pode ser influenciado das seguintes formas:

- Stresse e carga emocional (o lidar com uma doença crónica causa stresse a cada membro individualmente e ao casal como conjunto);
- Mudanças no relacionamento (pode existir a necessidade de redefinição de papéis);
- Alteração da vida sexual (algumas doenças podem causar alterações na vida sexual ou essa alteração ser um efeito colateral do tratamento);
- Necessidade de apoio social e redes de suporte (é necessário que o casal mantenha e construa redes sociais a quem possa recorrer no caso de precisar de algum tipo de apoio);
- Modificação de rotinas (necessárias para que seja possível comparecer a consultas e/ou tratamentos);
- Problemas financeiros (devido ao aumento do gasto com tratamento, a estabilidade financeira fica alterada) (Silva et al., 2021).

O programa designado por *Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)*, orientado para a autogestão da doença, tem por base as dificuldades percecionadas pelas pessoas e preconiza que as mesmas tenham um papel ativo na manutenção da sua saúde (Lorig & Holman, 2003). De acordo com Lorig e Holman (2003) são necessárias cinco competências essenciais para que a pessoa lide com a doença crónica:

- Resolução de problemas: as pessoas devem avaliar o seu estado de saúde, identificar os seus problemas e implementar soluções que serão depois por si avaliadas;
- Tomada de decisão: encorajamento das pessoas para que, baseadas em informação credível, estabeleçam objetivos específicos e realistas, em relação à sua saúde;
- Parceria com os profissionais de saúde: estabelecer uma comunicação eficaz com os enfermeiros, de forma que seja possível adquirir os melhores conhecimentos relacionados com a doença, gerindo o stresse e adotando estilos de vida saudáveis;

- Elaboração de um plano de ação personalizado, para que as pessoas com doença crónica possam atingir os seus objetivos e enfrentar os desafios relacionados com a doença;
- Realização de ajustes no plano de ação de acordo com as dificuldades que vão surgindo na concretização dos objetivos delineados inicialmente.

A existência de angústia, sofrimento e medo pode tornar mais difícil a adoção de medidas que sejam favoráveis à mudança e ao combate da doença.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

As atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio tiveram como principal objetivo cuidar da família enquanto unidade de cuidados e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, de acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, nº 428/2018 (OE, 2018).

Ao longo deste capítulo, descrevem-se as atividades realizadas de forma que seja possível realizar uma reflexão relativa ao desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEECESF, e neste sentido, o capítulo está dividido em dois subcapítulos, cada um referente às competências específicas.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

O desafio de enfermagem de família é a prestação de cuidados, tendo por foco a família, enquanto unidade global e sistémica, e cada um dos seus membros individualmente. Enquanto enfermeira de família, e no período do estágio, o meu foco recaiu sobre quatro famílias, que passo a descrever e a analisar.

Todas as famílias às quais prestei cuidados são famílias do tipo casal, e encontram-se, segundo Relvas (1996), na etapa do ciclo familiar com a designação de “família com filhos adultos”. Todos os membros da família são pessoas com mais de 65 anos, duas famílias são de classe média baixa, uma de classe média e uma de classe média alta, segundo a avaliação de Gaffar.

De forma a assegurar o anonimato, as famílias são apresentadas através de uma enumeração e sem identificação nominal em que os nomes próprios são apresentados por abreviaturas. Os dados foram recolhidos com o consentimento de ambos os membros do casal e de forma presencial na consulta de enfermagem (realizada na USF e no domicílio). Os dados avaliados foram posteriormente registados no SCiínico-CSP, assim como as intervenções realizadas às famílias e aos seus membros. Estes registos podem ser visualizados pela equipa médica, sendo também possível visualizar os registos realizados pela equipa médica.

Em todas as famílias foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecomapa, Escala de Gaffar Adaptado, Apgar Familiar de Smilkstein e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.

Embora não seja possível identificar um local e uma data específica, sabemos que o genograma surgiu na década de 1960, vinculado ao psicoterapeuta Murray Bowen. É uma representação gráfica do sistema familiar (preferencialmente deve conter três gerações), dando-nos uma perspectiva da estrutura familiar, dos vínculos existentes entre os seus membros, observando as tendências de saúde e doença. Contém os nomes, datas de nascimento, datas de falecimento, casamentos e divórcios. Esta consciência das famílias em relação a si próprias permite interpretar as experiências familiares e relacionar a história da família, as suas vivências e projetando o futuro dessa família (Figueiredo, 2012).

O ecomapa representa graficamente a presença ou a ausência de meios de apoio social extrafamiliar (Cuba, 2015). Por norma, inclui a representação gráfica do ambiente físico (escola, trabalho, instituição de saúde, instituições sociais), assim como os sistemas sociais (família extensa, amigos, colegas, vizinhos), nos quais o indivíduo ou a família estão integrados (Agostinho, 2007 citado por Figueiredo, 2012).

A Escala de Graffar foi adaptada para a população portuguesa em 1990 por Fausto Amaro (Figueiredo, 2012). É constituída por cinco itens (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência). Esta escala tem como objetivo identificar a classe social de uma família, reconhecer as desigualdades sociais e riscos associados a essas desigualdades, que condicionam o acesso aos serviços de saúde e à adesão e manutenção de hábitos de vida saudáveis.

O Apgar Familiar de Smilkstein é um instrumento que avalia o funcionamento familiar e o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, classificando a família como funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2023). Deve ser preenchida por cada membro da família, englobando cinco variáveis do funcionamento familiar:

- Adaptação: satisfação dos membros relacionada com a ajuda que recebem da família;
- Participação: diz respeito à forma como as decisões são partilhadas;
- Crescimento: associado à perceção sobre a flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à evolução pessoal;
- Afeto: relacionado com a satisfação da partilha de experiências emocionais e a intimidade;
- Decisão: refere-se à satisfação da partilha de espaço, tempo e recurso no contexto familiar.

Em 1967, Holmes e Rahe reconheceram uma ligação entre as situações de stress e a possibilidade de aparecimento de problemas de saúde mental (Figueiredo, 2012), surgindo assim a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. Esta é composta por situações relevantes para a família, ocorridas no período de um ano, como por exemplo, mudanças no emprego, nascimento de uma criança, morte de um membro da família e problemas sexuais. As situações de stress podem desencadear uma crise nas famílias, e com a aplicação desta escala, é possível determinar a probabilidade de aparecimento de doenças do foro mental em algum dos seus membros.

Estes instrumentos de avaliação familiar permitem a identificação de um conjunto de dados sobre os quais o enfermeiro deve direcionar um olhar crítico, relacionando-os e excluindo ou identificando diagnósticos de enfermagem.

Nas quatro famílias, foram aplicadas várias técnicas que são utilizadas na intervenção familiar sistémica (Ritual, Conto Sistémico, Conotação Positiva e a Metáfora). As técnicas de intervenção familiar sistémica têm como objetivo promover alterações positivas nos relacionamentos familiares, de forma a resolver os problemas, cultivando um ambiente de conforto e união familiar. Na família 1 foi aplicado o Ritual. Esta técnica inclui um conjunto de medidas planeadas para promover mudanças dentro de uma família, no sentido de potenciar o significado de algo para a família (Zordan et al., 2012). Um Ritual pretende impedir a discussão verbal acerca do problema identificado pelos membros da família. Consiste numa recomendação em que o objetivo é criar regras e comportamentos novos em alternativa às condutas existentes que geram conflito. Ao utilizar esta técnica, o enfermeiro precisa ser muito atento e imaginativo. Em conjunto com a família, o enfermeiro deverá encontrar um Ritual que consiga dar resposta às necessidades e problemas dessa família:

“Proponho o Ritual de tomarem o pequeno-almoço juntos, uma vez que o Sr. M., não toma o comprimido que deveria tomar em jejum, assim a Sra. V., conseguia certificar-se que o seu marido toma a medicação, além de que passam mais tempo juntos, podendo conversar acerca daquilo que os preocupa.”

De acordo com as características e os problemas identificados na família 2, foi aplicado o Conto Sistémico. Esta técnica usa histórias alegóricas para explorar dinâmicas familiares, promovendo a reflexão e facilitando mudanças no sistema familiar. Ao utilizar o conto sistémico, o enfermeiro tem o papel de contador de histórias, e antes de o utilizar deve eleger algumas particularidades da família e implementá-las no conto (Murteira & Figueiredo, 2023). Quando emprega o conto

sistêmico, o enfermeiro deve conduzir os membros da família para uma família inventada, mas que no fundo é a sua própria família (Murteira & Figueiredo, 2023).

“Imaginem uma bela casa de campo, resistindo ao passar do tempo. No coração desta casa, estão dois pilares sólidos e robustos que representam o amor duradouro e o companheirismo. O Sr. M e da Sra. A. juntos construíram este lar e enfrentaram muitas adversidades. Ao longo dos anos, as paredes da casa foram testemunhas da alegria e do calor que existia enquanto a família aumentava. Contudo, atualmente algumas rachaduras começaram a aparecer como sinal dos desafios que a idade e as mudanças na saúde trouxeram. As janelas (representam as filhas) brilhavam com luz e recentemente estão escurecidas pela preocupação e incerteza. A casa parece que se está a distanciar dos seus alicerces.”

Quanto à família 3, recorreu-se à Conotação Positiva como técnica de intervenção familiar sistêmica. A Conotação Positiva diz respeito ao identificar, reforçar e promover aspetos positivos nas relações e nas dinâmicas familiares. Ou seja, ao invés de se focar em exclusivo nos problemas da família, dá valor e amplifica os pontos fortes e os recursos. Ela ressignifica os problemas como se tivessem uma responsabilidade de proteção, de forma que os membros da família entendam que alguns problemas que identificam podem ser benéficos para o sistema familiar (Figueiredo, 2022).

“Sra. P., o seu marido ao desculpar a sua neta de não arrumar as coisas quando vai a sua casa, pretende que a Y. continue a sentir-se bem na vossa casa. Não significa que o Sr. J. não compreenda que fica chateada com a desarrumação, o que ele pretende é que esse acontecimento não seja impeditivo de terem a vossa neta a desfrutar da vossa companhia.”

Para dar resposta a alguns diagnósticos encontrados na família 4, recorreu-se ao uso da Metáfora como técnica de intervenção familiar sistêmica. A Metáfora possibilita ao enfermeiro a transmissão de princípios mais complexos de uma forma mais simples e significativa. Segundo Zatloukal et al. (2019 citado por Figueiredo, 2022, p. 73), “embora o ponto de partida da metáfora seja o profissional, este deve ter em conta a singularidade da família.” Na criação da Metáfora, o enfermeiro deve considerar as experiências vividas anteriormente pela família (Figueiredo, 2022). O enfermeiro deve também conceder à Metáfora uma relevância terapêutica, para que o que é narrado possibilite aos membros da família analisarem-se de uma abordagem diferente, para que encontrem novas alternativas de visão das suas dificuldades (Dias & Figueiredo, 2023).

“Ao longo das várias estações do ano, as flores de um jardim, têm diferentes aspetos. A vossa vida/função sexual também se adaptou às fases (estações do ano) da vida.”

Segue-se uma breve descrição das quatro famílias e posteriormente, por motivo de limite de páginas, procede-se ao relato da caracterização e intervenção na família 1. O documento onde constam as intervenções que foram desenvolvidas nas restantes famílias foi remetido para o Anexo II.

Quadro 1: Caracterização geral das famílias.

	Família 1	Família 2	Família 3	Família 4
Agregado	M.S: 84 anos	M.N: 85 anos	J.L.: 78 anos	J.S: 69 anos
	V.S: 77 anos	A.N: 85 anos	P.A: 73 anos	R.B.: 72 anos
Subsistema	Conjugal	Conjugal e Parental	Conjugal	Conjugal
Classe social	Classe média baixa	Classe média	Classe média baixa	Classe média alta
Doenças crónicas	M.S Diabetes e HTA	M.N Diabetes e HTA	J.L.: Diabetes e HTA	J.S.: Diabetes e HTA
	V.S Diabetes e HTA	A.N Diabetes e HTA	P.A.: Diabetes, HTA e DPOC	R.B.: HTA
Dimensões avaliadas	Dimensão estrutural Todos os focos	Dimensão estrutural Todos os focos	Dimensão estrutural Todos os focos	Dimensão estrutural Todos os focos
	Dimensão desenvolvimental Satisfação conjugal	Dimensão desenvolvimental Satisfação conjugal e Papel Parental	Dimensão desenvolvimental Satisfação conjugal	Dimensão desenvolvimental Satisfação conjugal
	Dimensão funcional Processo familiar	Dimensão funcional Processo familiar	Dimensão funcional Processo familiar	Dimensão funcional Sem necessidade de intervenção
Técnica Intervenção Familiar Sistémica	Ritual	Conto sistémico	Conotação positiva	Metáfora

Nota: DPOC - Doença Pulmonar obstrutiva crónica; HTA – Hipertensão Arterial.

No decorrer das consultas foram colocadas várias questões aos membros do casal para recolher informação e assim elaborar um plano de cuidados adequado às necessidades da família.

Nas consultas de enfermagem recorreu-se à entrevista familiar sistémica, envolvendo a família e os profissionais de enfermagem, no sentido de compreender as dinâmicas, identificar comportamentos disfuncionais e promover a comunicação e expressão dos sentimentos de cada membro da família (Minuchin, 1990). A entrevista familiar sistémica contempla quatro

momentos: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização (Wright & Leahey, 2011 citado por Figueiredo, 2023). Na fase do acolhimento é fundamental que o enfermeiro dê aos membros da família a informação de qual o objetivo da entrevista e o tempo previsto para a mesma. Para que se crie um ambiente adequado à família com quem se está a trabalhar pode-se começar por colocar questões que digam mais respeito a dados concretos como por exemplo: o nome, a idade, profissão e nesta fase pode também ser construído o genograma (Figueiredo, 2023). Em relação à fase de avaliação, esta compreende quatro etapas: identificação do problema, a relação entre o problema e as interações familiares, as soluções experimentadas e os objetivos (Wright & Leahey, 2011 citado por Figueiredo, 2023). Esta fase ocorre depois de verificados os diagnósticos que requerem intervenções de enfermagem, e identificado(s) qual(quais) o(s) membro(s) da família que reconheceu (reconheceram) o problema, quem partilha o problema, quando foi identificado, e como a família percebe o evoluir do mesmo (Figueiredo, 2023). Em relação à fase da intervenção, o objetivo é promover a independência da família, valorizando as relações entre os membros, no sentido de tomarem decisões relativamente aos problemas identificados (Figueiredo, 2023). Na finalização, pretende-se fazer uma avaliação dos dados resultantes das intervenções realizadas. Esta avaliação deve ser um processo ininterrupto, e as mudanças ocorridas (ganhos) exprimem-se nas mudanças que ocorrem no funcionamento familiar.

Os princípios que orientam a entrevista familiar sistémica são:

- Hipotetização: é o ponto de partida da entrevista, com base nas informações que o enfermeiro já tem sobre a família. Estas informações podem ser obtidas pela consulta dos registos clínicos da família e dos seus membros individualmente, mas também pelas informações dadas por cada membro da família. A colocação das questões deve ter em consideração a sua máxima adequação à pessoa e ao seu contexto. Para tal, o enfermeiro poderá ter de reformular as perguntas para se adequarem à informação cedida pela pessoa (Figueiredo, 2023). Os padrões relacionais e o objetivo da hipótese sistémica devem incluir todos os membros da família e possibilitar a obtenção de informação relacional sobre a família. Uma vez que as questões que o enfermeiro vai colocar não são previsíveis, pode ocorrer uma desordem (entropia) com o objetivo de provocar mudança, e, subsequentemente uma nova ordem (neguentropia) (Figueiredo, 2023). Os componentes “como”, “quem”, “qual”, “porque”, “onde” e “quando” são referências para a elaboração da entrevista familiar.

- **Circularidade:** com este princípio pretende-se que o enfermeiro consiga fazer circular a informação por todos os membros da família, permitindo assim que haja um *feedback* da família em relação ao que é pedido. Tem também como objetivo que a família percecionem os eventos externos, tendo em consideração que estes eventos resultam da relação que os membros da família têm com o exterior e entre si (Figueiredo, 2023). Este princípio favorece a possibilidade de todos os indivíduos que fazem parte da família intervenham, e possibilita que todos tenham a perceção da forma como cada um se vê no que diz respeito à relação (Figueiredo, 2023).
- **Neutralidade:** está relacionado com a postura que o enfermeiro adota no decorrer da entrevista, eliminando julgamentos, manifestação de opiniões pessoais e de preferências, mantendo uma atitude imparcial. Esta neutralidade permite que o enfermeiro seja uma ajuda na identificação dos problemas e conflitos da família, procurando soluções e mudanças positivas (Minuchin, 1990).

Para realizar a entrevista familiar sistémica podemos recorrer a vários tipos de questões de acordo com a informação que pretendemos recolher. No atendimento à família 1 na primeira consulta recorri a questões lineares. Estas são questões que permitem a identificação do problema, colocando questões claras e objetivas com o intuito de recolher informação relacionada com eventuais problemas de dinâmicas e interações familiares (Zordan et al., 2012). Utilizei também questões reflexivas, o que implica devolver questões para apurar uma nova abordagem em relação ao problema, propondo que cada membro da família exprima os seus sentimentos, o que pensa em relação a determinada situação, no sentido de promover novas interações (Figueiredo, 2023). As questões estratégicas permitem o debate da família em relação aos seus comportamentos com os restantes membros, a sua formulação permite a adoção de novos comportamentos (Figueiredo, 2023).

Família 1

A primeira consulta com a família 1 ocorreu dia 11 de outubro de 2023 na presença dos dois membros do casal e além dos dados antropométricos de cada um dos membros do casal foi possível aplicar os instrumentos de avaliação familiar: Genograma (Figura 4), Ecomapa (Figura 5), Escala de Graffar Adaptado, Apgar Familiar de Smilkstein e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.

A família 1 é constituída pelo Sr. M. de 84 anos e pela Sra. V. de 77 anos. O casal tem duas filhas e dois netos, que residem relativamente perto da sua morada. Ambos têm o diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (medicados com antidiabéticos orais) e Hipertensão Arterial, diagnosticados há mais de 20 anos.

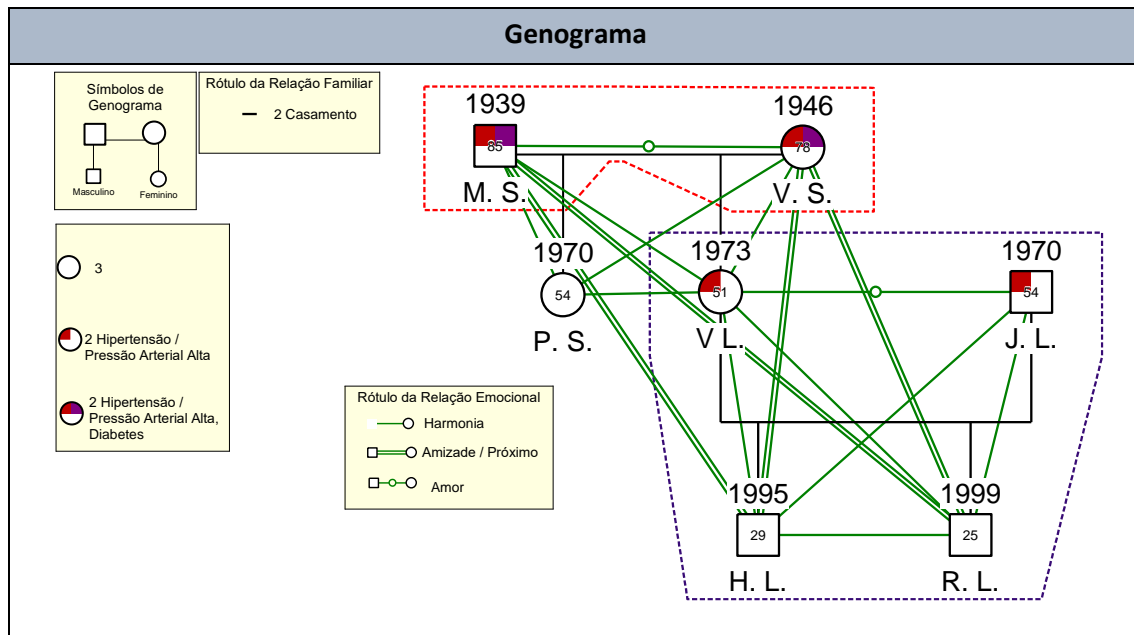


Figura 4: Genograma da Família 1.

As filhas do casal têm contato telefónico diário com os pais e presencial, três a quatro vezes por semana. O genro e os netos têm contato presencial uma a duas vezes por semana.

O apoio dado pelas filhas ao casal está relacionado com ajuda material e de serviços, guia cognitivo e conselhos e apoio emocional. A função da companhia social é prestada pelas filhas, genro e netos, bem como pelos amigos F.P e A.P. Os elementos do casal têm, além da família extensa, uma relação com vínculo forte com a USF (enfermeira e médica de família). A Sra. V. tem um vínculo forte com os amigos F.P e A.P, enquanto o Sr. M. tem um vínculo intermédio com esses mesmos amigos.

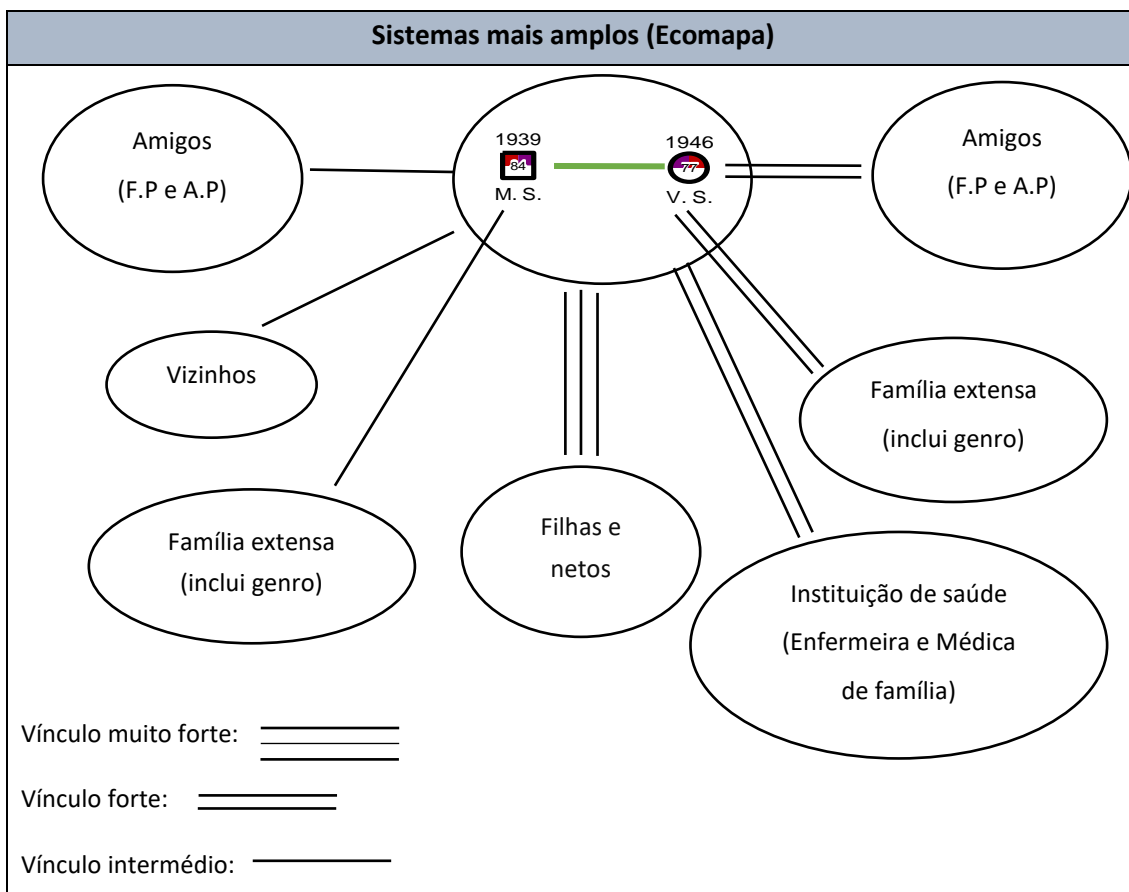


Figura 5: Ecomapa da Família 1.

Em relação à classe social, esta família encontra-se na posição social de classe média baixa (posição social IV). No que se refere à instrução, ambos os membros do casal têm o 4.º ano de escolaridade e como origem de rendimentos, as reformas que auferem (foram empregados fabris numa empresa de conservas), conseguindo fazer face às despesas com os valores que recebem. A habitação é um andar limpo e arejado, com os eletrodomésticos essenciais, com cozinha e casa de banho e fica localizado numa zona intermédia, sem barreiras arquitetónicas, com abastecimento de gás canalizado e aquecimento elétrico, que segundo os membros do casal relataram quase não utilizam uma vez que a casa está exposta à luz solar uma grande parte do dia.

A avaliação destes focos permite concluir que no que se refere à dimensão estrutural não houve necessidade da minha intervenção (Quadro 2).

Quadro 2: Dimensão estrutural da Família 1.

Rendimento familiar Não Insuficiente	Edifício Residencial Seguro	Precaução de segurança Demonstrada	Abastecimento de água Adequado	Animal doméstico Ausência
O casal aufere reformas e consegue fazer face às despesas.	A habitação é um apartamento com 2 quartos, casa de banho, sala e cozinha. Limpo e arejado	Sem barreiras arquitetónicas, abastecimento de gás tipo canalizado; aquecimento eléctrico	Abastecimento de água é pela rede pública	O casal não tem animal doméstico

As tarefas inerentes à etapa de desenvolvimento, concretamente à satisfação conjugal foi também alvo de atenção. Questionados relativamente à satisfação, como cada um conseguiu exprimir os seus sentimentos, relativamente ao tempo que passam juntos, à divisão das tarefas domésticas e ao padrão de sexualidade. Foi possível avaliar que a Satisfação Conjugal era “Não mantida”, sendo que a função sexual era a única dimensão “Não comprometida”. Ambos os membros do casal tinham a consciência do que é a sexualidade na etapa do ciclo vital em que se encontram, e estavam satisfeitos com o padrão de sexualidade que tinham. No que se refere à comunicação, esta não era eficaz no casal, uma vez não havia acordo sobre vários assuntos. A Sra. V. referiu que era difícil para o marido aceitar que as outras pessoas têm opiniões diferentes das dele, e que isso sempre foi um elemento stressor na relação. Na divisão das tarefas domésticas, apesar de referirem que é a esposa quem realiza a maior parte delas, isso não constituía um problema, pois essa dinâmica familiar sempre foi assim e estão ambos satisfeitos com essa divisão. O Sr. M. manifestou vontade de conseguir comunicar melhor os seus receios e expectativas, mas refere que desde sempre foi uma pessoa que não falava muito dessas questões, até por uma questão educacional (*“No meu tempo, os homens não falavam muito de sentimentos”*).

Enquanto enfermeiros de família, temos de ter em consideração que estes temas enunciados anteriormente são sensíveis para os elementos do casal, pois dizem respeito a sentimentos, à forma como cada um se sente melhor em expressar e à vida sexual, um tema muitas vezes difícil de abordar nas consultas de enfermagem, pois os utentes sentem-se constrangidos em falar sobre isso. O nosso papel e a nossa postura têm que ser de imparcialidade, sem tecer juízos de valor e sem colocar questões que façam os utentes sentirem-se pressionados ou julgados pela resposta que vão dar.

Tendo em consideração a avaliação das várias dimensões da Satisfação Conjugal, ela encontra-se “Não mantida” (Quadro 3).

Quadro 3: Dimensão desenvolvimental da Família 1.

Dimensão Desenvolvimental			
Satisfação Conjugal não mantida			
Relação dinâmica	Comunicação	Interação Sexual	Função Sexual
Disfuncional	Não eficaz	Adequada	Não comprometida

De forma a abordar o problema da Relação Dinâmica e Comunicação foram colocadas as seguintes questões:

“Como se sentem ultimamente?”

“Quais são os seus principais sintomas ou queixas de saúde atualmente?”

“A Sra. V. está satisfeita como a partilha das tarefas domésticas?”

“Sentem-se satisfeitos quanto ao tempo que passam juntos?”

“O Sr. M. está satisfeito como a forma como fala acerca dos seus sentimentos com a sua esposa? E a Sra. V.?”

“Têm tido momentos para viver a vossa intimidade?”

“Como se sentem quanto à vivência da vossa sexualidade?”

“Como está a comunicação entre vocês em relação às preocupações de saúde?”

“Como gerenciam as decisões de saúde em família, especialmente quando há divergências de opinião?”

“Sr. M. que impacto acha que o seu comportamento (não tomar a medicação) tem na sua esposa?” “Como acha que ela se sente?”

“Sra. V. e Sr. M. o que acham que podiam fazer na vossa rotina diária para que o ambiente em casa fosse mais harmonioso?”

“Pensam que existem algumas soluções que ainda não experimentaram para resolver o problema da desvalorização da toma da medicação por parte do Sr. M.?”

Estas questões tiveram como propósito que ambos os membros tivessem a percepção de como o outro membro se sente na questão da partilha das tarefas, expressão dos sentimentos/comunicação entre o casal e interação sexual.

No que se refere à interação e função sexual, estas estão “Adequadas e Mantidas”, uma vez que o casal verbaliza que apesar de já não terem relações sexuais com coito como anteriormente, valorizam outros momentos de intimidade. A Sra. V.S refere: *“Já não somos novos, às vezes basta ele dar-me um beijo de boa noite que eu já me sinto bem”*. Assim como o Sr. M.S diz que: *“A maneira como ainda sinto que a minha esposa olha para mim, dá-me uma grande alegria”*.

Segundo Meneghel e Soares (2021, p. 130), “a sexualidade pode ser definida, de maneira ampla, como a construção social dos usos do corpo e em particular, mas não exclusivamente, dos órgãos genitais, buscando obter prazer físico e mental”.

O envelhecimento e as alterações fisiológicas do corpo podem produzir efeitos diretos e indiretos sobre o desejo e o desempenho sexual dos idosos. Mas, erradamente, muitas vezes a sociedade encara este período de vida dos indivíduos como “assexuada”. Nesta fase também muitas vezes existe alguma dificuldade em abordar o tema, quer pelos profissionais, quer pelos membros do casal (Meneghel & Soares, 2021)

Enquanto enfermeiros de família, devemos informar os membros do casal (em conjunto ou individualmente) que a sua sexualidade não tem de se resumir ao ato sexual com a finalidade de procriar, mas que se trata de uma mistura de comunicação, amor e prazer entre duas pessoas, no sentido de conhecerem melhor o seu corpo e o corpo do outro. É importante também que os membros do casal tenham presente, que existem muitas formas de vivenciar a sua sexualidade, pode ser através de carícias, um beijo carinhoso, um abraço, um toque carinhoso de mãos, no rosto do outro e também no tocar do seu próprio corpo para descobrir o prazer que ainda existe para ser explorado (Moraes et al., 2011).

Em relação ao foco Papel Parental também não foi alvo dos meus cuidados, uma vez que enquanto pais com filhos adultos, os elementos do casal conseguem cumprir as tarefas inerentes a essa etapa, nomeadamente, pelo conhecimento sobre as tarefas da nova etapa, pela redefinição das relações com as filhas adultas e a satisfação com a relação mantida com as filhas e companheiros das filhas, desta forma não foi necessária a minha intervenção.

De acordo com os dados obtidos, através da entrevista familiar, foi possível elaborar o plano de cuidados relacionado com a dimensão desenvolvimental da família 1 (Quadro 4).

Quadro 4: Diagnóstico, intervenção e atividades que concretizam as intervenções na Família 1.

Consultas	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam as intervenções
1ª consulta: 11/10/2023 Local: Domicílio Duração: 1h00	- Relação dinâmica disfuncional; - Comunicação não eficaz;	- Promover a comunicação expressiva do casal; - Promover a comunicação do casal; - Planejar rituais familiares.	- Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas; - Utilização da técnica: Ritual.
2ª consulta: 08/11/2023 Local: USF Duração: 60 min		- Promover a comunicação expressiva do casal; - Promover a comunicação do casal.	- Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas; - Utilização da técnica: Ritual.
Diagnósticos que mudaram de status: Satisfação conjugal mantida			

No primeiro contato que tive com a família 1, foi também avaliada a dimensão funcional, e, após colocar várias questões ao casal, surgiu como diagnóstico: Processo Familiar disfuncional (Quadro 5).

Quadro 5: Dimensão funcional da Família 1.

Dimensão funcional				
Processo familiar disfuncional				
Comunicação Familiar	Coping Familiar	Interação de Papéis Familiares	Relação Dinâmica	Crenças Familiares
Não eficaz	Ineficaz	Eficaz	Não disfuncional	

Para avaliar a dimensão funcional foram colocadas as seguintes questões à família:

Enf: *“Quem costuma falar mais sobre os sentimentos?”*

Sra. V.: *“Normalmente sou eu. O meu marido é mais fechado em relação a isso.”*

Sr. M.: *“Não é ser fechado, os homens da minha idade, não foram habituados e educados para falarem daquilo que sentem. E ela já me conhece a tanto tempo que acho que já preciso dizer nada para ela saber como me sinto.”*

Enf: *“O que acham em relação aos sentimentos que o outro expressa?”*

Sr. M.: *“Olhe enfermeira, há dias que parece que a minha esposa se está sempre a queixar de tudo!”*

Sra. V.: *“Não é queixar-me tudo! Tu é que não compreendes que quando te digo para tomar o comprimido antes do pequeno-almoço, não é para te sentires obrigado a tomar, mas sim porque fico preocupada contigo.”*

Enf: *“Qual de vocês identifica quais as situações que necessitam de ser mudadas?”*

Sra. V.: *“Sou eu. Para o meu marido parece que está sempre tudo bem, e eu gostava que fosse diferente.”*

Sr. M.: *“É verdade. Para mim está sempre tudo bem...”*

Após a recolha destes dados podemos inferir que a Comunicação Familiar é “Não eficaz”, pois os dois membros do casal apresentam insatisfação face à expressão dos sentimentos, e *Coping* Familiar Não Eficaz de acordo com a inexistência de discussão sobre os problemas da família.

Outro problema que também podemos identificar relativamente à Comunicação Não eficaz relaciona-se com a preocupação da Sra. V. por o marido não tomar a medicação que não era valorizada por ele, e que muitas vezes era causador de discussão porque o marido referia que se sentia controlado pela esposa.

Podemos estar perante uma infantilização da pessoa com doença crónica, que inclui comportamentos e atitudes que não promovem a dignidade e a autonomia dessas pessoas. De acordo com Santos et al. (2016), ao utilizar designações diminuídas e um comportamento infantilizador com os idosos, o profissional de saúde está a vitimizá-los numa perspetiva de demonstrar afeto e compaixão. Socialmente, a velhice é aproximada à infância, mas ao fazer essa aproximação, a autonomia do idoso não é respeitada, podendo levar a um aumento da sua dependência. Esta infantilização não ocorre só no uso da linguagem utilizada, mas também ao simplificar as atividades que dizem respeito à pessoa idosa.

Segundo Teston et al. (2013), esta infantilização pode levar a uma insatisfação silenciosa e a um afastamento da pessoa idosa, que se sente muitas vezes privada da sua liberdade de decidir o que escolher para a sua própria vida.

Segundo Figueiredo (2012), o diálogo sobre a divergência de opiniões surge com uma grande magnitude da satisfação conjugal e nesse sentido procurei que o casal conseguisse perceber o ponto de vista de cada um.

O Sr. M. foi orientado para que refletisse que *“a preocupação que a Sra. V. tem em relação ao senhor tomar a medicação, não está relacionado com o querer controlar, mas sim com o facto de ela estar preocupada com a sua saúde e querer o melhor para si”*. Por sua vez, à esposa, foi alertada para que *“o tom de voz que utilizamos e a nossa própria linguagem corporal podem levar a uma má interpretação por parte da outra pessoa.”*

Através dos discursos do casal pensamos estar perante uma parentalização da relação conjugal, ou seja, um dos membros do casal adota um papel parental perante o outro, assumindo um papel de controlo pelo bem-estar do outro membro do casal, pela tomada de decisões. Este controlo pode provocar uma alteração na dinâmica do casal, interferindo na comunicação e na autonomia de cada membro individualmente, podendo levar a sentimentos de mágoa e frustração, pelo que foi um dos alvos no trabalho com a família (Carneiro et al., 2021).

Em relação à dimensão Interação de Papéis Familiares, verificou-se que ela é “Eficaz”, uma vez os papéis de provedor, de gestão financeira, cuidado doméstico, recreativo e de parente é desempenhado pelo Sr. M e pela Sra. V.

Na Relação dinâmica, o juízo é “Não disfuncional”, considerando que não existem alianças entre alguns membros da família. Após a aplicação da escala de Apgar Familiar De Smilkstein verificou-se que a família 1 é uma família altamente funcional, apesar de a Sra. V. ter atribuído um valor menor no item *“Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa”*. Nos restantes itens, os dois membros do casal atribuíram a mesma pontuação. Ambos estão satisfeitos com a forma como a família discute os assuntos que sejam de interesse comum, assim como estão satisfeitos com a forma como a família reage aos sentimentos e com o tempo que passam juntos.

No preenchimento da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, os elementos do casal consideraram que os acontecimentos mais impactantes para eles no último ano foram a alteração do número de discussões com o cônjuge e a alteração dos hábitos pessoais, todavia existe uma menor probabilidade de incidência de doenças (total de 159 valores quer para o Sr. M., quer para a Sra.V.).

Como na dimensão desenvolvimental, foi proposto à família a criação de um Ritual (Quadro 6), assim como a manifestação dos seus sentimentos para que ocorra de uma forma facilitadora a compreensão dos restantes membros em relação a esses sentimentos.

Quadro 6: Avaliação e Intervenção na dimensão funcional da Família 1.

Consultas	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam as intervenções
1ª consulta: 11/10/2023 Local: Domicílio Duração: 1h00	- Comunicação não eficaz; - Coping familiar não eficaz.	- Promover a comunicação expressiva do casal das emoções; - Promover o envolvimento da família; - Planear rituais familiares - Negociar estratégias adaptativas de Coping na família.	- Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas; - Utilização da técnica: Ritual.
2ª consulta: 08/11/2023 Local: USF Duração: 60 min		- Promover a comunicação expressiva do casal; - Promover a comunicação do casal.	- Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas; - Utilização da técnica: Ritual.
Diagnósticos que mudaram de status: Processo familiar não disfuncional			

No segundo contato que ocorreu dia 8 de novembro de 2023 na USF, verificou-se que o casal aceitou e pôs em prática o Ritual proposto, o que por si só já trouxe melhorias nas dinâmicas familiares. Ou seja, pelo facto de tomarem juntos o pequeno-almoço, a Sra. V. conseguia lembrar ao marido a toma do anti hipertensor, além disso, passavam juntos e tinham possibilidade de falar sobre o que os preocupava e programar o dia em conjunto.

Nas duas consultas realizadas foram recolhidos dados da família enquanto unidade, mas também aos seus elementos individualmente, já que a doença e as suas complicações influenciam o sistema familiar e as suas interações. Alguma desta informação individual já constava do processo clínico do utente e foi possível consultar através do sistema de informação Sclínico.

Face às respostas dadas pela Sra. V., foi possível perceber que havia discordância de opinião no que se refere à importância que cada um dá relativamente à adesão ao regime medicamentoso.

O Sr. M. não cumpre a toma da medicação antihipertensora que tem de fazer em jejum, e a Sra. V. manifesta preocupação por esse incumprimento, que, segundo ela, acontece porque a maior parte das vezes não tomam o pequeno-almoço juntos, e quando se apercebe o Sr. M. já tomou o pequeno-almoço sem ter tomado o comprimido.

De acordo com o que o Sr. M. refere sobre a não adesão ao regime medicamentoso referente à medicação anti hipertensora, parece haver uma subvalorização dessa terapêutica da sua parte. Ele refere que *“Às vezes a enfermeira diz-me que devia ter as tensões mais baixas, mas eu sinto-me bem assim. Conheço pessoas que tem muito mais alto e nunca lhes aconteceu nada”*.

Esta subvalorização por parte do Sr. M. parece estar relacionada com a crença que ele tem em relação à medicação e aos valores tensionais. Segundo Smith (2023), crenças são “opiniões ou certezas reconhecidas pelos indivíduos em relação ao mundo, acerca de si mesmos, baseadas nas vivências pessoais, normas culturais ou fé”. A tomada de decisão relacionada com a saúde é muitas vezes influenciada pelas crenças e pelos valores da pessoa atribuí e pela importância dada ao problema (Smith, 2023), sendo influenciados por várias variáveis (idade, sexo, raça, personalidade, grupos a que a pessoa pertence, conhecimento da pessoa sobre a doença, importância que atribui à doença e a fatores internos).

Adesão ao regime medicamentoso pode ser definida como uma ação iniciada pelo próprio para recuperação e promoção do bem-estar. Esta ação significa que toma os medicamentos conforme prescritos e muitas vezes associado ao apoio da família (ICN, 2011 citado por Martins et al., 2017). Segundo a CIPE (ICN, 2011), a adesão está relacionada com a mudança de comportamento para melhor por parte do doente, no sentido em que valoriza o comportamento de saúde, está comprometido num conjunto de ações que potenciem o seu bem-estar, cumprindo o regime de tratamento, tomando os medicamentos de acordo com a prescrição médica. Com frequência, está interligado com o apoio da família, do conhecimento que tem sobre os medicamentos e a doença, com a relação entre o doente e o profissional de saúde, e a motivação do doente.

Segundo a OMS (2003 citado por Martins et al., 2017, p. 10), “a adesão ao regime terapêutico medicamentoso operacionaliza-se através do cumprimento e seguimento do que é recomendado, traduzido na ação e comportamento da pessoa relativamente à toma dos

medicamentos prescritos e ainda às indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde”.

Decidi explorar com a família possíveis estratégias que considerassem para ultrapassar este problema, sendo uma delas a criação de um ritual. Assim foi proposto à Sra. V. e ao Sr. M. que tomassem o pequeno-almoço juntos e assim era possível à Sra. V. verificar a toma dos medicamentos por parte do marido. Este ritual foi sugerido porque o casal referiu que fazia todas as refeições em conjunto, à exceção do pequeno-almoço e que nas outras refeições o Sr. M. tomava sempre os comprimidos.

Sendo assim, apresentam-se de seguida os planos de cuidados individuais de cada membro do casal da família 1, Sr. M.S. (Quadro 7) e Sra. V. S. (Quadro 8).

Utente: Sr. M.S.; 84 anos. Com diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* e HTA Consulta realizada dia 11/10/2023 no domicílio do utente, onde foram colhidos dados antropométricos, clínicos e sobre a gestão do regime terapêutico.

Dados:

- Altura: 162 cm; Peso: 60 kg; Perímetro Abdominal: 101 cm; Índice de Massa Corporal: 22,9
- Tensão Arterial: 155/96 mmHg
- Hemoglobina glicada: 6%;
- Glicémia capilar: 148 mg/dl (após o pequeno-almoço)
- Sem hábitos tabágicos
- Sem abuso de álcool
- Medicação prescrita:
 - Metformina 500 mg 1 comprimido ao almoço
 - Perindopril + Amlodipina 5 mg + 5 mg 1 comprimido em jejum
 - Sinvastatina + Ezetimiba 10 mg + 10 mg 1 comprimido à noite

No caso do Sr.M.S., a não adesão ao regime medicamentoso estava também relacionada com o fato de ele não ter presente o risco que esse esquecimento tem na eficácia do tratamento, assim como o não cumprimento dos horários que constam na prescrição médica. Foi também

necessário realçar que interromper a medicação de uma forma brusca pode provocar efeitos colaterais e até mesmo aumentar a condição de doença existente.

Quadro 7: Plano de cuidados do Sr. M.S.

Foco	Dados diagnósticos	Diagnóstico	Intervenções	Atividades
Gestão do regime medicamentoso	Utente não organiza a medicação conforme horário Não toma a medicação da manhã conforme prescrito, por esquecimento	Gestão do regime medicamentoso comprometida	- Ensinar sobre regime medicamentoso - Ensinar sobre estratégias para gerir os medicamentos	-Informar sobre mecanismo de ação dos Anti-hipertensores; -Planear com o utente um Ritual
Crença	Utente apresenta desvalorização da medicação anti-hipertensora	Crença dificultadora	- Encorajar expressão de crença -Ensinar sobre crença - Otimizar crença	-Esclarecer sobre relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea
Gestão do regime dietético	Utente apresenta padrão alimentar aconselhado, com preferência por cozidos e grelhados, ingestão de hortícolas e legumes; restrição de hidratos de carbono. Ingere 2 peças de fruta. Faz 4 a 5 refeições. Ingere água diariamente.	Gestão do regime dietético demonstrado	- Elogiar gestão do regime dietético	
Gestão do regime de exercício	Utente apresenta padrão de exercício aconselhado, fazendo caminhada a ritmo moderado 3 ou 4 vezes por semana, com uma duração média de 30 a 40 minutos.	Gestão do regime de exercício demonstrado	- Elogiar gestão do regime de exercício	
Hipertensão	Medicação anti-hipertensora; Hipertensão diagnosticada na lista de problemas do utente; Valores de PA: 155/96 mmHg	Hipertensão em grau reduzido	- Avaliar pressão sanguínea	
Metabolismo energético	HbA1C: 6%; Glic.capilar: 148 mg/dl (pós-prandial)	Metabolismo energético: sem hiperglicemia	- Avaliar glicemia capilar	

	Metformina 500 mg 1 comprimido ao almoço			
Úlcera	Sem antecedentes de amputação ou úlceras anteriores; sem deformidade e calosidades	Risco de úlcera diabética, em grau reduzido	- Avaliar risco de úlcera diabética	Monitorizar sensibilidade dolorosa, térmica, vibratória e tátil com recurso a diapasão, monofilamento
Adesão à vacinação	Vacina Td atualizada até 2025, fez vacina gripe e COVID em setembro 2023	Adesão à vacinação demonstrada	- Elogiar adesão à vacinação	
Resultados	Gestão do regime medicamentoso demonstrado Adesão à vacinação demonstrado			

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na adesão ao regime medicamentoso, no sentido em que:

- Pode fornecer informação sobre os medicamentos prescritos (em relação a dosagem, horário de administração, efeitos secundários e a importância de cumprirem);
- Consegue identificar obstáculos à adesão (custo do medicamento, dificuldade no acesso, dificuldades na administração);
- Desenvolve estratégias para ajudar a lembrar da toma (uso de alarmes, incorporação da toma na sua rotina diária);
- Fornece suporte emocional, incentivando e promovendo uma postura favorável em relação à adesão;
- Acompanha o doente, avaliando o progresso e elogiando quando a adesão acontece.

A adesão ao regime medicamentoso é imperativa para garantir o sucesso do tratamento. Com essa adesão, é possível reduzir hospitalizações, existe um maior controlo das doenças crónicas, permite ao doente ter uma melhor qualidade de vida, a eficácia do tratamento é aumentada, e a nível económico, permite reduzir custo, no sentido em que se houver essa adesão, o doente terá uma menor probabilidade de necessitar de intervenções médicas associadas, procedimentos cirúrgicos e hospitalizações desnecessárias.

Utente: V.S.; 77 anos. Com diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* e HTA. Consulta realizada dia 11/10/2023 no domicílio do utente, onde foram colhidos dados antropométricos, clínicos e sobre a gestão do regime terapêutico.

Dados:

- Altura: 156 cm; Peso: 59 kg; Perímetro Abdominal: 88 cm; Índice de Massa Corporal: 24.2
- Tensão Arterial: 130/79 mmHg
- Hemoglobina glicada: 6%;
- Glicemia capilar: 122 mg/dl (após pequeno-almoço)
- Medicação prescrita:
 - Metformina 500 mg 1 comprimido ao almoço
 - Amlodipina + Valsartan 5 mg + 80 mg 1 comprimido em jejum
 - Pravastatina 40 mg 1 comprimido à noite

Quadro 8: Plano de cuidados da Sra. V.S.

Foco	Dados diagnósticos	Diagnóstico	Intervenções	Atividades
Gestão do regime medicamentoso	Utente organiza a medicação conforme horário Toma a medicação da manhã conforme prescrito	Gestão do regime medicamentoso demonstrada	- Elogiar gestão do regime medicamentoso	
Gestão do regime dietético	Utente apresenta padrão alimentar aconselhado, com preferência por cozidos e grelhados, ingestão de hortícolas e legumes; restrição de hidratos de carbono. Ingere 2 peças de fruta. Faz 4 a 5 refeições. Ingere água diariamente.	Gestão do regime dietético demonstrado	- Elogiar gestão do regime dietético	
Gestão do regime de exercício	Utente apresenta padrão de exercício aconselhado, fazendo caminhada a ritmo moderado 3 ou 4 vezes por semana, com uma duração média de 30 a 40 minutos.	Gestão do regime de exercício demonstrado	- Elogiar gestão do regime de exercício	
Hipertensão	Medicação anti-hipertensora; Hipertensão diagnosticada na lista de problemas do utente; Valores de PA: 130/79 mmHg	Hipertensão em grau reduzido	- Avaliar pressão sanguínea	
Metabolismo energético	HbA1C: 6%; Glic.capilar: 122mg/dl (pós-prandial) Metformina 500 mg 1 comprimido ao almoço	Metabolismo energético: sem hiperglicemia	- Avaliar glicemia capilar	

Úlcera	Sem antecedentes de amputação ou úlceras anteriores; sem deformidade e calosidades	Risco de úlcera diabética, em grau reduzido	- Avaliar risco de úlcera diabética	Monitorizar sensibilidade dolorosa, térmica, vibratória e tátil com recurso a diapasão, monofilamento
Adesão à vacinação	Vacina Td atualizada até 2029, fez vacina gripe e COVID em setembro 2023	Adesão à vacinação demonstrada	- Elogiar adesão à vacinação	
Resultados	Gestão do regime medicamentoso demonstrado Baixo risco de úlcera diabética			

3.1.1. Descrição dos ganhos em saúde

Podemos definir indicadores de saúde como medidas e dados estatísticos que ajudam a mensurar diversos aspetos acerca da saúde das populações, bem como a atuação dos sistemas de saúde. Em saúde, estes indicadores são utilizados para tomar decisões acerca de modelos a adotar e políticas a implementar, numa perspetiva de alcançar melhores resultados com o menor gasto possível (Borgonovi, 2002).

De acordo com a OE (2007), os indicadores são um conjunto de métricas mensuráveis para que se consiga realizar a avaliação dos cuidados prestados, de uma forma qualitativa e quantitativa.

No que se refere à dimensão estrutural, foi possível avaliar todas as categorias avaliativas da dimensão estrutural do MDAIF (100%). Em relação à dimensão desenvolvimental, e tendo em conta os critérios de inclusão das famílias (famílias cujos membros tinham 65 ou mais anos e eram família do tipo casal), não houve a necessidade da minha intervenção na categoria Planeamento Familiar e Adaptação à Gravidez). O Papel Parental foi avaliado em uma família, o que corresponde a 25% da amostra.

Neste sentido, foram analisadas as taxas referentes à monitorização dos focos que fazem parte da dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional, os indicadores de resultado e a taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem.

Na dimensão funcional, em nenhuma família foi avaliada a categoria do Papel de prestador de cuidados, pois outro dos critérios de inclusão das famílias era que os seus membros apresentassem independência funcional, de acordo com a escala de Barthel. No que diz respeito ao Processo Familiar, ele foi avaliado nas quatro famílias.

De realçar que nas quatro famílias foi identificada a “Satisfação Conjugal Não mantida”, em apenas uma delas, que é não mantida por interação sexual não adequada.

Este dado, alinha-se com o que muitas vezes é a percepção da vida sexual da população idosa. A saúde sexual desta população idosa é afetada por vários fatores: hormonais, doenças crónicas existentes e aspetos psicológicos, e o papel do enfermeiro de saúde familiar assume particular importância, pois como conhecedor das dinâmicas familiares deve oferecer suporte para promover a saúde sexual.

Em relação à dimensão funcional, 75% das famílias apresentam “Processo familiar disfuncional”, sendo que a Comunicação familiar é “Não eficaz” em todas elas, e o *Coping* familiar “Não eficaz” em uma das famílias.

Após as intervenções de enfermagem terem sido realizadas, foram resolvidos os diagnósticos inicialmente identificados.

De acordo com os resultados obtidos, de realçar que apesar de uma família manter o *Coping* Familiar disfuncional, em todas as quatro famílias foi possível resolver o diagnóstico de Comunicação Familiar Disfuncional.

O delineamento destes indicadores constituiu mais um exercício para futuras intervenções, uma vez que, tendo como amostra quatro famílias, a avaliação das várias dimensões do MDAIF foi possível em todas.

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

Compete ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) ser capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários para que sejam prestados os cuidados à família.

Nesse sentido, é sugerido ao EECESF o planeamento, o desenvolvimento e a avaliação dos programas de saúde dirigidos à família. Também fazem parte destas competências, a promoção de uma cultura organizativa de formação e investigação interprofissionais.

Ao EEECESF é ainda solicitado que utilize os sistemas e as tecnologias de informação que estejam ao dispor do ESF. Essa utilização permite realçar os resultados na área da ESF, e potencializar os mesmos resultados (OE, 2018).

No entanto, aquando do registo do processo de enfermagem, foi possível reconhecer os constrangimentos que o próprio SClínico-CSP possui em relação à ESF. Estes constrangimentos, levam a um reconhecimento de diagnósticos inconsistentes, e, por conseguinte, a intervenções não focadas nas necessidades das famílias e dos seus membros.

Os seguintes casos constituem um exemplo de algumas limitações: no diagnóstico Precaução de segurança não demonstrado, as intervenções “Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento”, “Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico” e “Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas” não constam no SClínico; no foco “Processo Familiar”, nas dimensões “Comunicação Emocional”, “Comunicação Verbal/Não verbal” e “Comunicação Familiar” também não têm contempladas intervenções associadas, sucedendo o mesmo com o “Coping Familiar”.

Apesar dos avançados sentidos a nível da documentação e dos sistemas de informação, continua a ser sentida alguma dificuldade no registo de todas as intervenções avaliadas, permanecendo ainda uma cultura no registo limitada. Embora o Modelo proposto para a abordagem à família (MDAIF) seja muito aceite pelos profissionais, ainda não se conseguiu contornar este problema associado aos registos de enfermagem.

Neste âmbito, o papel do EEECESF é bastante relevante, pois poderá ser o elo de ligação entre a equipa de enfermagem e a entidade responsável pelo sistema de informação (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), otimizando e promovendo uma maior qualidade da informação registada.

No entanto, como os sistemas de informação estão em constante evolução, é previsível e recomendado que as alterações que venham a surgir consigam refletir a prática de ESF e que os indicadores de desempenho, que neste momento são contratualizados, também sejam revistos para que seja possível avaliar os ganhos em saúde das famílias.

No que se refere à formação, de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista “D.2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de

trabalho” (OE, 2019, p. 4749). No sentido de responder a esta competência, organizei duas ações de formação direcionadas à equipa de enfermagem da USF onde decorreu o estágio.

Ao longo do estágio, e de forma informal, pelo contato que tive com os elementos de enfermagem, percebi algumas dificuldades sentidas por alguns colegas nas áreas da gestão da doença e dos regimes medicamentosos. Para proceder a uma análise mais pormenorizada, foi elaborado um instrumento de recolha de dados através do *Google Forms* (Anexo III).

Dos cinco enfermeiros que constituem a equipa, um elemento é Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e outro elemento possui uma Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar.

Os resultados obtidos (Quadro 9) permitiram perceber que a necessidade de formação recaía nos modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar e nos modelos de gestão da doença crónica. Foi também perceptível que, apesar dos enfermeiros conhecerem o MDAIF e trabalharem há vários anos como enfermeiros de família, uma percentagem significativa referiu que não efetua registos no Programa Saúde da Família (existente no SClínico).

Quadro 9: Resultados obtidos no questionário de necessidades formativas

Perguntas	Respostas			
Sente necessidade de na sua prática recorrer a algum modelo de avaliação e intervenção em saúde familiar?	Sim	Sim	Sim	Não
Gostaria de ter formação relacionada com o MDAIF?	Sim	Sim	Sim	Não
Na sua perceção quais são as maiores dificuldades para que as pessoas com doença crónica adiram à autogestão (gestão da doença e do regime terapêutico) da sua doença?	Falta de literacia	A literacia e a situação económica. Quanto menor a sua presença, maior a dificuldade de autogestão na pessoa com doença crónica.	Falta de conhecimento e consciência	Comportamentais
Em relação à autogestão da doença reconhece vantagem e/ou sente necessidade de recorrer a algum modelo(s)/teoria(s) para orientar os seus cuidados?	Talvez	Sim	Sim	Não

No que se refere a modelos de gestão da doença crónica, os inquiridos que responderam consideraram importante recorrer a algum modelo para orientar os cuidados.

Surgiu assim a oportunidade de realizar duas formações em serviço com os temas: “Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar” e “Modelo de crenças na saúde na autogestão da doença”. Ambas as formações decorreram na sala de reuniões da USF e tiveram a duração de 60 minutos cada. Os documentos de apoio às formações foram partilhadas em suporte digital (Anexos IV e V). Os principais objetivos destas formações foram, por um lado, dar resposta às dificuldades sentidas pelos enfermeiros, mas também estimular a discussão, fazendo com que o período em que decorreram as formações se transformasse num momento de partilha de e com os elementos da equipa de enfermagem.

No final das formações foi facultado à equipa um documento de avaliação das mesmas (Anexo VIII). Após análise das respostas encontradas no documento de avaliação, posso considerar que os resultados foram bastante positivos. Nesse documento foram avaliados os seguintes critérios: pertinência do tema, métodos e técnicas pedagógicas, rigor científico, recursos didáticos utilizados e tempo da formação.

Por escassez do tempo de estágio não foi possível avaliar o impacto que estas formações tiveram nos registos no SClínico, nomeadamente nos registos que dizem respeito ao Programa de Saúde da Família. Contudo houve a possibilidade de discutir em equipa a necessidade de formação contínua e inter pares, tendo sempre por base a evidência científica mais recente, uma vez que também foi através dessa evidência científica que orientei a minha prática.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Pretendo neste capítulo explorar e aprofundar a minha compreensão das competências essenciais do enfermeiro de saúde familiar desenvolvidas durante este processo académico.

Nesta apresentação, segui o modelo de competências para enfermeiros de saúde familiar, da Ordem dos Enfermeiros, descrevendo as atividades realizadas que concorreram para essas competências. Através de uma abordagem prática e baseada em evidências, explorei as competências desenvolvidas no contexto do cuidado às famílias.

Ao compreender e integrar estas competências na minha prática diária, estarei melhor equipada para promover a saúde, prevenir doenças e apoiar as famílias em situações complexas.

A) Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

1. Estabelecer uma Relação com a Família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

Na realização das visitas domiciliares ou consultas individuais na unidade de saúde procurei demonstrar disponibilidade para ouvir mais do que falar, procurando transmitir uma atitude de proximidade entre enfermeira e família. As abordagens utilizadas foram planeadas em pormenor, utilizando soluções criativas, como jogos educativos ou materiais visuais, para envolver a família no processo de cuidado.

Tal como referenciado no capítulo anterior, os objetivos a alcançar foram sempre determinados com as famílias, havendo um grande investimento na consciencialização das mesmas neste processo. Escutei atentamente as suas preocupações e tentei com as famílias identificar metas realistas e desenvolver estratégias adaptadas a cada situação.

Como enfermeira de família fomentei o diálogo familiar de forma aberta e honesta sobre as questões de saúde e bem-estar. Passei a ideia de que tudo se pode abordar, até mesmo a informação mais incómoda e difícil, desde que use uma atitude respeitosa e assertiva. Assim, incentivei a comunicação entre os membros da família para identificar áreas de melhoria e estabelecer metas de saúde.

Concebi um plano de ação com a família, integrando estratégias específicas de promoção da saúde, atividades preventivas e medidas de autocuidado para fortalecer a saúde geral da família. Acompanhei, dentro do período de tempo possível, a implementação do plano, oferecendo suporte contínuo e ajustando as estratégias conforme necessário.

2. Recolher dados pertinentes para o estado de saúde da família

É importante que o enfermeiro de família recolha dados relevantes e abrangentes sobre a família, reconhecendo a importância de fatores biológicos, psicossociais e culturais na promoção da saúde e na gestão de situações de saúde complexas. Para tal, nas entrevistas realizadas tive o cuidado de incluir condições médicas prévias, doenças hereditárias e outros eventos significativos de saúde individual.

Na observação das interações familiares procurei entender as dinâmicas familiares e identificar possíveis fontes de stresse ou apoio dentro da família, utilizando todas as fontes de dados possíveis (SClinico, informação das colegas e observação da interação familiar). Estive particularmente atenta aos recursos internos da família, como estratégias de *coping* familiar, apoio mútuo, habilidades de resolução de problemas e resiliência. No estabelecimento de uma relação com as famílias tentei destacar esses pontos fortes, com o objetivo de promover uma autoestima positiva e um senso de capacitação.

Utilizei diferentes técnicas de comunicação, como escuta ativa e observação atenta das expressões não verbais dos membros da família, para obter *insights* adicionais sobre as suas preocupações e necessidades.

Utilizei questionários e escalas padronizadas projetadas para avaliar o funcionamento familiar, o ambiente doméstico e a saúde percebida pelos membros da família.

Porque tive uma sensibilidade particular para as crenças em saúde, explorei as crenças, os valores e práticas de saúde da família, reconhecendo a influência da cultura, especialmente nos elementos mais idosos, na percepção e na forma de lidar com os problemas.

A avaliação da capacidade da família para se manter unida foi um critério tido em conta e transversal à minha atuação. Observei como a família se apoiava mutuamente durante momentos de dificuldade ou mudança e, em conjunto, identificámos os recursos internos que poderiam fortalecer a sua resiliência.

Explorei as experiências passadas da família com transições de vida significativas, como nascimento de um filho, mudanças de residência ou eventos traumáticos, e identifiquei como a família enfrentou essas transições no passado, para conseguir identificar áreas de oportunidade para fortalecer a adaptação e o apoio mútuo durante futuras transições.

3. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

Neste âmbito, desenvolvi uma atualização e procura de conhecimentos nas áreas em que me envolvi (modelos de saúde familiar, crenças em saúde, gestão da doença), tentando obter uma compreensão mais ampla e holística das questões de saúde da família.

Tentei discutir as minhas estratégias com outros profissionais de saúde, como médicos, psicólogos e assistentes sociais para enriquecer a perspetiva e abordagem no cuidado à família.

Procurei entender as relações entre os membros da família, identificando pontos de apoio e possíveis fontes de conflito ou stresse.

Integrei, pontualmente, uma abordagem culturalmente sensível ao cuidado, reconhecendo e respeitando as crenças, os valores e práticas de saúde específicas de cada família.

Fui sensível na avaliação do impacto das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, bem como de fatores ambientais e recursos disponíveis, na resposta da família a situações complexas de saúde.

Analisei o ambiente físico e social em que a família está inserida, identificando recursos disponíveis (como apoio social, serviços comunitários e acesso a cuidados de saúde) e possíveis desafios que possam influenciar a sua capacidade de lidar com situações de saúde complexas.

Avaliei a interação entre os indivíduos, a família, sua saúde e o meio ambiente circundante, reconhecendo a natureza dinâmica e interconectada desses sistemas.

4. Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Procurei manter-me atualizada realizando pesquisas em bases de dados e agregadores de informação relacionados com a melhor evidência científica sobre modelos que apoiem a prática

clínica de enfermagem de saúde familiar e práticas de cuidado, nomeadamente na área do impacto da doença, autogestão da doença crónica e adaptação da família à situação de doença de um dos seus membros.

Fornei informações claras e precisas sobre questões de saúde específicas, orientando as famílias e os seus membros na definição de metas realistas e alcançando uma melhor saúde, seguindo orientações de entidades de reconhecido mérito científico.

Adotei uma abordagem isenta de juízos de valor ao lidar com questões difíceis, promovendo um ambiente de apoio e respeito mútuo.

Empreguei uma abordagem analítica e reflexiva na avaliação das necessidades de saúde da família, considerando não apenas os aspetos físicos, mas também os fatores psicossociais, culturais e ambientais que podem influenciar a sua saúde.

Utilizei ferramentas de avaliação sistémica, como genogramas e ecomapas, para visualizar e compreender a dinâmica familiar e os fatores que afetam a sua saúde.

Observei e avaliei a interação entre os membros da família, identificando padrões de comportamento, comunicação e apoio que possam influenciar a sua saúde.

Estive atenta aos fatores ambientais, acesso a serviços de saúde e suporte comunitário, que possam afetar o bem-estar da família, e tentando mitigar os impactos negativos.

Envolvei-me ativamente com as famílias no processo de desenvolvimento de planos de cuidados, garantindo que as suas necessidades, preferências e objetivos fossem considerados.

Trabalhei em parceria com outros profissionais de saúde e serviços comunitários para garantir que os planos de cuidados fossem abrangentes, coordenados e centrados na família.

5. Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Promovi de forma particular o diálogo familiar durante as visitas domiciliárias e consultas na USF, facilitando discussões familiares sobre estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de um membro com uma doença crónica. Incentivei todos os membros da família a compartilhar as suas preocupações e ideias, garantindo que cada voz fosse ouvida.

Utilizei estratégias motivacionais junto das famílias com membros com problemas de autogestão da sua doença crónica, como tecer elogios pelo progresso alcançado e explorar os motivos pessoais de cada membro para adotar um estilo de vida mais saudável, adaptando as intervenções de acordo com as suas necessidades e interesses individuais.

Tentei desenvolver planos de cuidados abrangentes, incluindo critérios de monitorização, manutenção e gestão da doença crónica.

Nas famílias considerei não apenas os aspetos psicológicos, mas também os fatores sociais, espirituais e físicos que pudessem influenciar a situação.

Procurei desenvolver estratégias para lidar com conflitos e emoções difíceis, neste sentido apliquei estratégias complexas como a metáfora, o conto sistémico, a conotação positiva e o ritual.

Igualmente tentei passar nas intervenções uma política de segurança em casa, como prevenção de quedas, armazenamento seguro dos medicamentos, a necessidade de cumprir as prescrições medicamentosas e de aderir à campanha de vacinação para o COVID e vírus Influenza.

6. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa

A velhice e a transição para esta etapa da vida têm muitos desafios. Nas abordagens ocorridas encorajei as famílias a partilhar as suas histórias, as suas experiências passadas, preocupações e expectativas em relação à situação de transição.

Promover o processo de conscientização foi um foco de atenção presente em todas as abordagens, promovendo análises reflexivas com a família para identificar oportunidades de crescimento e áreas que precisam de mudança. Para tal promovi exercícios de autoavaliação e identificação de recursos internos e externos.

Identifiquei padrões de comportamento que pudessem influenciar positivamente ou dificultar a adaptação à transição.

Tive em atenção como os diferentes sistemas interagem e influenciam a capacidade da família de lidar com a transição. Identifiquei recursos comunitários disponíveis e a sua facilitação do acesso.

Colaborei com as famílias para desenvolver planos de ação específicos que abordassem os desafios identificados e que promovessem mudanças positivas. Por vezes, trabalhei estratégias de resolução de problemas com os elementos da família no sentido de alcançar uma melhor dinâmica familiar.

Identifiquei os recursos financeiros, sociais e emocionais necessários para apoiar a família durante a transição.

Fornei *feedback* centrado nos pontos fortes da família, reconhecendo e valorizando os pontos fortes da família, destacando as suas capacidades e os recursos internos que podem ser aproveitados durante a transição.

Fui partilhando regularmente o progresso da família em relação aos seus objetivos de saúde, nas reuniões periódicas realizadas, no sentido de avaliar o progresso alcançado e discutir os desafios ou obstáculos encontrados. Incentivei as famílias a partilhar as suas próprias observações e perspetivas de crescimento durante o processo.

Estive vinculada com o registo de todos os dados, garantindo uma comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde e a continuidade dos cuidados ao longo do tempo.

7. Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

Procurei durante todo o percurso académico, supervisão e orientação de enfermeiros mais experientes ou especialistas em saúde familiar, no sentido de conseguir desenvolver uma prática mais fundamentada.

Realizei autoavaliações regulares para identificar áreas de melhoria e definir metas de desenvolvimento profissional. Utilizei o *feedback* de colegas e orientadores para ajustar continuamente a prática.

Procedi a uma reflexão pessoal sobre as interações com as famílias atendidas, analisando a eficácia das estratégias de comunicação, intervenções de enfermagem e impacto no progresso.

Segui as diretrizes e protocolos estabelecidos pela prática baseada em evidências e pelos padrões de enfermagem de saúde familiar.

Particpei em atividades de educação continuada, como conferências e cursos de atualização, nomeadamente: Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde

Familiar, integrado no NursID Spring School 2023 da ESEP; 2º seminário de enfermagem de saúde familiar AceS Maia / Valongo; V Congresso Internacional de Enfermagem Saúde Familiar_Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar; e Webinar “*Intervenção Sistémica à Família*” na ESS Norte Cruz Vermelha Portuguesa.

Compartilhei conhecimentos e experiências com colegas de equipe e outros profissionais de saúde, participando de discussões interprofissionais e contribuindo para a disseminação das melhores práticas em enfermagem de saúde familiar.

Trabalhei em equipe para resolver desafios e questões complexas relacionadas ao cuidado da família, compartilhando perspectivas e soluções inovadoras.

8. Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

As famílias trabalhadas foram questionadas quanto à sua satisfação pelos cuidados recebidos, pela comunicação com o enfermeiro e a eficácia das intervenções realizadas.

Foram delineados indicadores de desempenho relacionados com os objetivos de saúde definidos pela família e foi monitorizado o seu progresso, tendo sido apurados, como descrevi anteriormente, ganhos em todas as famílias trabalhadas. Também realizei avaliações dos resultados das intervenções de enfermagem, comparando os resultados alcançados com as metas estabelecidas pela família e ajustando os planos de cuidados conforme necessário.

B) Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

1. Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A família, ao ser o alvo dos cuidados do ESF, requer que o enfermeiro se articule com outros profissionais de saúde promovendo uma abordagem holística da família e dos seus membros, para que os cuidados prestados sejam realizados com uma atenção integral nas várias necessidades da família. Estive atenta a esta necessidade, no entanto, as famílias envolvidas não tiveram necessidade desta abordagem colaborativa e multidisciplinar durante o estágio.

Refleti com a equipa de saúde familiar sobre a necessidade de criar um programa de gestão de doenças crónicas, orientando as famílias para melhorar a qualidade e reduzir os custos dos serviços de saúde.

A continuidade dos cuidados foi tida em consideração no trabalho efetuado com as famílias, sempre que possível fui incentivando os cuidados intergeracionais, implicando sobretudo os elementos mais novos, que habitualmente não são envolvidos. As famílias foram informadas de alguns programas que visam capacitar em questões de saúde, nomeadamente sobre saúde mental e estimulação motora e cognitiva nos idosos.

Foram desenvolvidas atividades de mentoria, de apoio e suporte das famílias com o fornecimento de orientações, feedback e apoio individualizado, melhorando a prática de enfermagem.

2. Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Constatei que a documentação referente ao Programa Saúde da Família não era uma prática recorrente na USF. A falta dessa documentação traduz-se em constrangimentos no que se refere à qualidade e eficácia dos cuidados prestados às famílias, no sentido em que é difícil proceder à avaliação e tomada de decisão quanto à continuidade desses cuidados. Assim, fizemos um trabalho sistemático no sentido de influenciar os colegas na construção de metas e indicadores para melhorar este aspeto e os registos eletrónicos.

Após identificação das necessidades formativas, e para promover a cultura organizacional de formação e investigação da USF, realizei duas sessões formativas, intituladas “*MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar)*” e “*Modelo Crenças na Saúde na autogestão da doença*”.

Em síntese, durante o meu percurso académico, tive a oportunidade de desenvolver e aprimorar uma ampla gama de competências essenciais inerentes ao papel do enfermeiro especialista em saúde familiar. Adquiri habilidades de avaliação abrangentes, que me permitem realizar uma análise holística das necessidades de saúde da família. Desenvolvi competências avançadas de comunicação e educação em saúde, essenciais para estabelecer relações terapêuticas com os membros da família e capacitá-los na promoção da saúde. A minha capacidade de liderança e trabalho em equipe também foi aprimorada, permitindo-me colaborar efetivamente com outros

profissionais de saúde e coordenar cuidados integrados para as famílias. Ao integrar teoria e prática ao longo do meu percurso acadêmico, pude fortalecer a minha capacidade de tomar decisões baseadas em evidências e adaptar a minha prática às necessidades específicas das famílias que atendo.

CONCLUSÃO

O envelhecimento da população traz desafios ao SNS e aos enfermeiros de saúde familiar em particular, exigindo a aplicação de um conjunto de habilidades para dar resposta a estes desafios.

Segundo o artigo “Retrato da Saúde 2018”, Portugal é o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento que tem uma população idosa com mais patologias, como diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e doenças oncológicas. Estes fatores levam à existência de polimedicação, o que torna a autogestão da doença muito difícil na população idosa (SNS, 2018).

A prestação de cuidados centrados na família e na pessoa, tendo em atenção os fatores que dificultam a adaptação e a autogestão da doença crónica, pode promover a adesão ao tratamento. Identificar as dificuldades financeiras, a baixa literacia em saúde, a presença de conflitos familiares relacionados com a diferença de opiniões em relação ao tratamento, bem como crenças dificultadoras, permite delinear um plano de cuidados realista e adaptado a essa família.

Ao longo do Estágio Módulo I fiz entrevistas a sessenta famílias, verificando que, em mais de metade destas, um ou ambos os membros do casal tinham uma ou mais doenças crónicas diagnosticadas, motivando-nos, no Módulo II, a trabalhar com famílias com estas características, sendo por este motivo o tema desenvolvido neste relatório. Quatro famílias foram seguidas durante o período correspondente ao estágio. Tendo o MDAIF como modelo conceptual, estas famílias foram avaliadas com recurso à entrevista familiar e seguidas através de uma abordagem sistémica e centrada na família. As intervenções de enfermagem tiveram sempre como alvo os objetivos das famílias bem como as mudanças que estas estavam dispostas a operacionalizarem. A satisfação conjugal e o processo familiar foram os focos centrais predominantemente trabalhados. As alterações das dinâmicas familiares e as mudanças registadas nos diferentes problemas identificados concorreram para ganhos em saúde.

Para além das competências centrais relacionadas com a intervenção direta com as famílias, durante este percurso académico, surgiu a oportunidade de planear e organizar duas ações de formação em serviço, sobre o MDAIF e a autogestão da doença numa perspetiva familiar. Os momentos de reflexão e partilha proporcionados por estas atividades contribuíram para

esclarecer dúvidas e incentivar para uma prática de enfermagem mais refletida e significativa para as pessoas.

O trabalho desenvolvido permitiu a consecução dos objetivos inicialmente propostos, ou seja, adquirir competências comuns e específicas como enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar, na avaliação e intervenção junto das famílias cujos membros apresentem problemas de autogestão de uma doença crónica.

Essas competências estão muito interligadas entre si, no sentido em que permitem que se cuide da família e dos seus membros ao longo do seu ciclo vital, mantendo uma postura ética e legal para que se seja possível estabelecer uma relação de parceria, possibilitando uma boa resposta por parte dos seus elementos em situações de crise ou transição acidental.

Outra variável que podemos encontrar na aquisição de competências está relacionada com a execução de cuidados baseados na melhor evidência científica. Para isso ocorrer, a participação em formações, seminários, webinars devem fazer parte das nossas rotinas de formação. Simultaneamente devemos ter um papel ativo como formadores junto dos restantes profissionais de saúde.

Alguns desafios foram sentidos, nomeadamente, a dificuldade da documentação dos registos no programa SClínico, por nem sempre se alinharem com as designações utilizadas pelos enfermeiros, mas também a ausência de indicadores de enfermagem contratualizados, que reflitam ganhos em saúde relacionados com as atividades desenvolvidas com as famílias.

De destacar que, no final deste percurso, foi possível reconhecer e valorizar a família como um recurso no processo de autogestão da doença dos seus elementos, mas também como alvo dos cuidados da saúde familiar. Esta última perspetiva, nem sempre tida em atenção pelos serviços de saúde, deve ser reforçada, dado o envolvimento e desgaste das famílias na tentativa de resolução de problemas. O enfermeiro especialista em saúde familiar é o profissional mais habilitado para desenvolver este papel, mobilizando as forças e recursos da família.

Não posso terminar, sem referir que este relatório não reflete apenas o trabalho académico em si, mas também todas as mudanças de comportamento que ocorreram a nível pessoal, profissional e enquanto enfermeira de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (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
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares. Uma visão sistémica* (3ª ed.). Quarteto editor. <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>
- American Diabetes Association. (2024). Portal da American Diabetes Association. <https://diabetes.org/>
- Batista, J. V. A. (2016). *Adaptação à doença crónica. O caso das doenças auto-imunes* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/88103>
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes Petrópolis.
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes Petrópolis
- Bodenmann G., Randall A. K., & Falconier M. K. (2016). Coping in couples: the systemic transactional model (STM). In M. K. Falconier, A. K. Randall, & G. Bodenmann, *Couples Coping With Stress: A Cross-Cultural Perspective* (pp. 5–22). Rotledge.
- Borgonovi, E. (2002). Os indicadores de eficácia e eficiência na saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 17(3), 113-117. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3850/2818>
- Brotto, A. M., & Guimarães, A. B. P. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 43-68. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a04.pdf>
- Carneiro, T. F. (1996). Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicologia Ciência e Profissão*, 16(1), 38-42. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100007
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN]. (2011). *CIPE® versão 2: Classificação para a prática de enfermagem*. OE.

- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN]. (2019). *ICNP Brower. Family*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Cotrim, H. (2023). Transição saúde/doença. In M. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 222-224). Lidel.
- Cotrim, H., & Figueiredo, M. H (2023). Gestão da doença crónica. In M. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 227-228). Lidel.
- Couto, A. J. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência, Revista de Enfermagem*, 1, 5-9.
- Cuba, M. A. S. (2015). Aplicación del Ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica La Paz*, 21(1), 72-74. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a10.pdf
- Dias, A., & Figueiredo, M. H (2023). Metáfora. In M. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 445-446). Lidel.
- Dias, M. O. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspetiva Sistémica. O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156, <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Duarte, M. P (2015). *Dyadic Coping and Family Functioning* [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/23092>
- Duarte, V. C., & Monteiro. E. (2016). Impacto da doença crónica e estratégias de coping na adaptação familiar. *Cuid'arte*, 10(18), 12-19. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/41972>
- Escola Superior de Enfermagem [ESE]. (2023). *Guia Orientador: UC: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e Módulo II*. ESE.
- Féres-Carneiro, T., Londero-Santos, A., Magalhães, A., & Machado, R. N. (2021). Repercussões da parentalização no relacionamento conjugal: individualidade e conjugalidade. In *Casa e família: clínica, conflitos e afetos* (pp. 254-274). PUC-Rio/Prospectiva.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

- Figueiredo, M. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Sabooks Lusodidacta.
- Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Appleton e Lange.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021). *PORDATA. Estatística sobre Portugal e europa. Conheça o seu município*. <https://www.pordata.pt/municipios>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. EPU.
- International Family Nursing Association. [IFNA] (2023). *Declaração do posicionamento da Associação Internacional de Enfermagem de Família sobre educação em enfermagem de família na Graduação em Enfermagem* (M. L. da R. Cunha, Trad.). <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/FNE-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf> about:blank
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Martins, J. C., Martins, J. P., & Santos, S. A. S. dos (2017). Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 9-16. <https://doi.org/10.12707/RIV17021>
- Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In *Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 5-11). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/xj5h-5w04>
- McDaniel, S. H., Campbell, T., & Seaburn, D. (1991). Treating Somatic Fixation: A Biopsychosocial Approach. *Canadian Family Physician*, 37, 451-456. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2145237/pdf/canfamphys00132-0189.pdf>
- Mendes, M. L. dos S. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/953>

- Meneghel, S. N., & Soares, K. G. (2021). O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 26(01). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>
- Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2008). Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 77 — 18 de Abril de 2008, 2278-2281.
- Ministério das Finanças e da Saúde. (2013). Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro. *Diário da República* n.º 252/2013, 4.º Suplemento, Série I de 2013-12-30, 22-28.
- Ministério da Saúde [MS]. (2006). Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro. *Diário da República* n.º 34, Série I-B de 16 de fevereiro de 2006, 1256-1258.
- Ministério da Saúde [MS]. (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, 5587 – 5596.
- Ministério da Saúde [MS]. (2007b). Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro. *Diário da República* n.º 201/2007, Série I de 2007-10-18, 7655–7659. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Ministério da Saúde [MS]. (2008). Decreto-Lei n.º 38/2008, de 22 de fevereiro. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075-49183375>
- Ministério da Saúde [MS]. (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 [MS]. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. *Diário da República* n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, 3128-3140.
- Ministério da Saúde. (2024). *N.º de UF por tipo Distribuição de UF (UCC, UCSP, URAP, USP, USF-A e USF-B) por ARS*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e tratamento*. Artes Médicas.
- Moraes, K. M., Vasconcelos, D. P., Silva, S. M. R., Silva, R. C. C., Santiago, L. M. M., & Freitas, C. A. S. L. (2011). Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4). <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400018>

- Morais, Y. F. A. (2022). *Crenças da Saúde e locus de controlo da saúde face ao cancro de pulmão* [Dissertação de Mestrado, Universidade Europeia, Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/42606>
- Murteiro, A. M., & Figueiredo, M. H (2023). Conto sistémico. In M. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 447-448). Lidel.
- Nichols, M., & Schwartz, R. (1998). *Terapia familiar Conceitos e Métodos*. Artmed.
- Ochoa De Alda, I. (1995). *Enfoques em Terapia Familiar Sistémica*. Herder.
- Oliveira, C. A. C. (2015). *Autocuidado: gerir regime medicamentoso : uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados em enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10771>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*, 8660-8661. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135/2018*, Série II de 2018-07-16, 19354-19359. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019*, Série II de 2019-02-06, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- 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 <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: cuidado central da Enfermagem*. Formasau.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro. *Diário da República n.º 196/2005*, Série I-B de 2005-10-12,

5981-5982. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>

Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto Lei nº 52/2022, de 4 de agosto. *Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04*, 5–52.

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07*, 4-20.

Queirós, P. J. P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho, Da teoria à Terapia Familiar*. Quarteto.

Riegel, B., Jaarsma, C. S. L., & Stromberg, A. (2019). Integrando sintomas na teoria de médio alcance do autocuidado de doenças crónicas. *Avanços na Ciência da Enfermagem*, 42(3), 206-215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>

Riegel, B., Westland, H., Iovino, P., Barelds, I., Bruins Slot, J., Stawnychy, M. A., Osokpo, O., Tarbi, E., Trappenburg, J. C. A., Vellone, E., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2021). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 116. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713>

Rodrigues, H. S. G. (2022). *Cuidados de saúde à família em contexto de UCSP: A Participação do parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família* [Relatório de Estágio de Natureza Profissional, Escola Superior de Enfermagem de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7552/1/Relat%C3%B3rio_Helena%20Rodrigues_5190200.pdf

Rolland, J. S (1987). *Doença crónica e ciclo vital: um marco conceitual*. Wiley Online Library.

Santo, D. S. do E. (2021). *A sobrecarga do trabalho doméstico sobre as mulheres durante a pandemia da COVID-19* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal Rural de Pernambuco]. Repositório Institucional da Universidade Federal Rural de Pernambuco. <https://repository.ufrpe.br/handle/123456789/4002>

- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Família*. Lusociência.
- Santos, R. A. A. e S., Corrêa, R. da G. C. F., Rolim, I. L. T. P., & Coutinho, N. P. S. (2016). Atenção no Cuidado ao Idoso: Infatilização e Desrespeito à Autonomia na Assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 17(3), 179-183.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Shah, R., Ali, F. M., Finlay, A. Y., & Salek, M. S. (2021). Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(194). <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-021-01819-4>
- Silva, C. A. M., Pereira, D. S., Almeida, D. S. C., & Venâncio, M. I. L. (2014). Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 149-157. <https://doi.org/10.12707/RIII12166>
- Silva, J. P., Crepaldi, M. A., & Bousfield, A. B. S. (2021). Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2). <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Silva, R. (2013). *Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/26045>
- Smith, E. (2023). *Moral x Valores: Diferença e Comparação*. AskAnyDifference. <https://askanydifference.com/pt/difference-between-moral-and-values/>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2024). *Portal da Sociedade Portuguesa de Hipertensão*. <https://www.sphta.org.pt/pt>
- Sousa, H., Ribeiro, O, Afreixo, V., Costa, E., Paúl, C., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2021). Should we stand together? Uma revisão sistemática e meta-análise da efetividade de intervenções baseadas na família para adultos com doenças físicas crônicas. *Family Process*, 60, 1098-1116. <https://doi.org/10.1111/famp.12707>

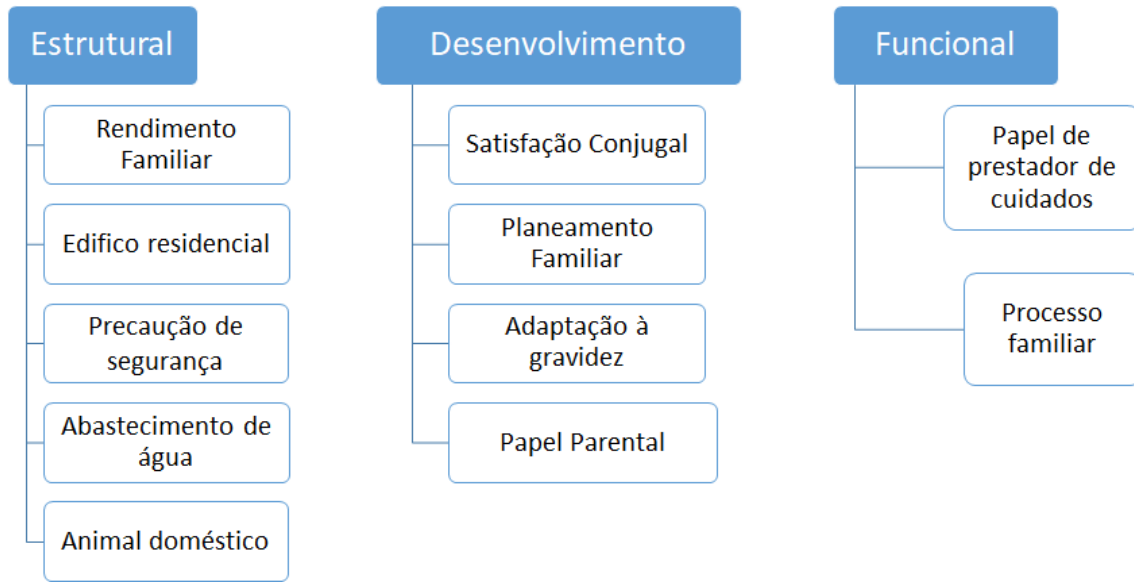
- Sousa, M. R., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 151-160. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36124>
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto *Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 15-26). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>
- Teston, E. F., Santos, A. de L., Cecilio, H. P. M.; Manoel, M. F., & Marcon, S. S. (2013). A Vivência de Doentes Crônicos e Familiares frente a Necessidade de Cuidado. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(1), 131-138. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.21721>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1(XVIII), 3-14.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª ed.). Roca.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wiczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.

Documentos orientadores da USF, 2023: Carta da qualidade; Regulamento interno; Plano de ação; Relatório de atividades; Plano de acompanhamento interno. Disponíveis na USF

ANEXOS

Anexo I - Matriz Operativa MDAIF_versão reduzida

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

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

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	<ul style="list-style-type: none"> 5 ↑ ↓ 9 	<ul style="list-style-type: none"> 4 ↑ ↓ 7 	<ul style="list-style-type: none"> 3 	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	<ul style="list-style-type: none"> 10 ↑ ↓ 13 	<ul style="list-style-type: none"> 8 ↑ ↓ 10 	<ul style="list-style-type: none"> 4 ↑ ↓ 6 	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	<ul style="list-style-type: none"> 14 ↑ ↓ 17 	<ul style="list-style-type: none"> 11 ↑ ↓ 13 	<ul style="list-style-type: none"> 7 ↑ ↓ 9 	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	<ul style="list-style-type: none"> 18 ↑ ↓ 21 	<ul style="list-style-type: none"> 14 ↑ ↓ 16 	<ul style="list-style-type: none"> 10 ↑ ↓ 12 	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	<ul style="list-style-type: none"> 22 ↑ ↓ 25 	<ul style="list-style-type: none"> 17 ↑ ↓ 20 	<ul style="list-style-type: none"> 13 ↑ ↓ 15 	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

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

Critérios relativos ao **Tipo de Habitação**

(eliminar o que não se adequa)

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

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



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)
	Promover a gestão do rendimento familiar
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	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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 <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> 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	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado (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) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado (eliminar o que não se adequa)	

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (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>
Crterios 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> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	<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> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista)</u> . Se rede privada ou mista, especificar <i>(furo, poço, ...)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> • Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> • Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <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 controlo da qualidade da água
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <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	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> <ul style="list-style-type: none"> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i>

	- <u>Outros dados:</u> (colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)
Critérios 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 (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)	
	Orientar para serviços da comunidade	
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico	
	Motivar para vacinação do animal doméstico	
	Motivar para desparasitação do animal doméstico	
	Supervisionar vacinação do animal	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado (eliminar o que não se adequa)	

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	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	
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	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	
Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	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	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional (<i>eliminar o que não se adequa</i>)	
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	
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	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	
	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	

Atividade Diagnóstica do item <u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</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 <u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
	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 do casal sobre sexualidade</u>	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
	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	
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item <u>Disfunções Sexuais</u>	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
	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.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	
Crítérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> 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
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (eliminar o que não se adequa)



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover a comunicação do casal	
	Planear rituais familiares	
	Motivar para atividades em conjunto	
	Ensinar sobre sexualidade	
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
	Orientar para serviços médicos	
	Orientar para terapia familiar	
Orientar para serviços (psicologia)		
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.2- Planeamento Familiar	
Dimensão	B.2.1- Fertilidade	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.1- O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos	
<u>O casal planeia ter filhos/ mais filhos</u>	Atividade diagnóstica <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 aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
<u>Conhecimento do casal sobre</u>	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>

aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	<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 Contraceativo	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contraceativo <i>Se Uso qual?</i>	
<u>Uso de Contraceativo</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 contraceativo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
<u>Interrupção do uso de contraceativo</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 contraceativo adotado	
<u>Satisfação com o contraceativo adotado</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.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceativos	
<u>Conhecimento do casal sobre métodos contraceativos</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.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
<u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</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 do casal sobre uso de contraceptivos</u>	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Uso de contraceptivo Não adequado Se: Uso de contraceptivo e Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Uso de contraceptivos adequado / Não adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
	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 anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	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 <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 anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</u>	B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
	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 do casal sobre fecundação e gravidez</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
	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	
	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</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 do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre conseqüências da gravidez não desejada

	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <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 Diagnóstica do item	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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 <u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u>	B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.	
	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 sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
	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 <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 desenvolvimento fetal</u>	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
	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 o processo psicológico associado ao puerpério</u>	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
	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 vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde 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	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê.	
<u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica (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.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica (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.3.1.13- 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	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica (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</u>	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

<u>tarefas desenvolvimentais</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
<u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</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.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
<u>O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê	
<u>O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • 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>



Se Adaptação à Gravidez Não Adequada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez
	Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Orientar para serviços de saúde
	Facilitar o suporte familiar
	Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover a comunicação do casal	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <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 <u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
<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	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de 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	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</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.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre choro 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.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções 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 <u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento 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>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento 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 cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao 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>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao 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	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</u></p>	<p>B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)</p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar</u></p>	<p>B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>

<u>adequado à criança</u>	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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/reposo adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/reposo 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.4.2.4- 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 <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.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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 <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 prevenção de cárie dentária</u>	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</u>	B.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	B.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u>	B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
	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 desenvolvimento infantil</u>	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	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 desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</u>	B.4.2.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	B.4.2.15-Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigiância de acordo com a idade da criança</u>	B.4.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigiância de acordo com a idade da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u>	B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u>	B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	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>	<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.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 <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.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação 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	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>(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</p> <p>(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, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p> <p>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 á criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p>

	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) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

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 (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.5.1.2- 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.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	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.5.1.4- 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	
	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

<u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
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 <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.5.1.7- 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 <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.5.1.8- 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 <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.5.1.9- 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.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	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 desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</u>	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
	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 importância de regras estruturantes</u>	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
	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	
Crterios 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 (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola	
Atividade Diagnóstica do item <u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	
	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>Criação de espaço para a criança estudar</u>	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar	
	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>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u>	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares	
	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>Promoção da socialização/autonomia da criança</u>	B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
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 <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de acordo com a idade da criança</u>	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem uma higiene</u>	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>adequada à criança</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u>	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação 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	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p>

	<p>Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p>
	<p>Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários</p> <p>Advogar criação de espaço para a criança estudar</p> <p>Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança</p> <p>Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares</p> <p>Promover a socialização/autonomia da criança</p>
	<p>Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança</p> <p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para higiene adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para a socialização da criança</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Orientar para serviços sociais</p> <p>Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) (Se adequado)

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <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	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u></p>	<p>B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u></p>	<p>B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u></p>	<p>B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u></p>	<p>B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</p>	
	<p>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>	<p>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se:</p> <p style="text-align: center;">Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)</p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.6.2- Comportamentos de adesão</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</p>	

<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade 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.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada ao adolescente	
<u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada 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>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de atividades de lazer adequado ao adolescente	
<u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer 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>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente	
<u>Os pais promovem a socialização/autonomia 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.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de regras entre subsistemas	
<u>Os pais definem regras entre os subsistemas</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.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos	
<u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
<u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
<u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	

<u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (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.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 (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.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 (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	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 (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.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.4-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.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)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou

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



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante</p> <p>Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo</p> <p>Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente</p> <p>Promover a comunicação familiar</p> <p>Elogiar as forças da família e dos indivíduos</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>	
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	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 (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.7.2- 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 (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.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 (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.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</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.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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (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
	Promover o envolvimento da família alargada
<u>Saturação SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções

	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<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	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 Compportamento 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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- 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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</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.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 <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 do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u>	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
	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 do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u>	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u>	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u>	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u>	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de</u>	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<u>cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s)</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
<u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</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.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</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.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</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.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>adequada ao membro da família dependente</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <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 <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 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 <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 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 <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 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 <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 assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	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
Crítérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (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)	<p>Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência</p> <p>Ensinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Instruir PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica do Banho</p> <p>Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Instruir PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Treinar PC sobre a utilização do fio dentário</p>

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

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 comuns 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	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

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

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



Se Processo Familiar Disfuncional

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planejar 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> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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.		

Anexo II - Prestação de cuidados às famílias

Família 2

A família 2 é uma família do tipo casal, constituída pelo Sr.M.N e pela Sra.A.S ambos com 85 anos, de acordo com a escala de Graffar adaptada esta família tem a posição III (classe média). Os dois tem o diagnóstico médico de Diabetes tipo 2 (medicados com antidiabéticos orais) e hipertensão arterial. Tem três filhas, que já não residem com eles, mas com quem tem contato telefónico diário e pessoal uma ou duas vezes por semana. As filhas tem função de companhia social, apoio emocional, aconselhamento e regulação social.

Em relação aos sistemas mais amplos, esta família tem um intermédio com os vizinhos, um vínculo forte com a enfermeira e médica de família e atualmente, apesar do contato que têm com as filhas, um vínculo intermédio pois existe discordância de opiniões em relação à execução das tarefas domésticas pela Sra.A.S

Na primeira consulta realizada no domicílio estavam presente ambos os membros do casal e a filha Sra. P.S.

Nesta família foram avaliados todos os focos da dimensão estrutural, contudo não houve necessidade de intervir pois nenhum deles necessitava de cuidados.

Na dimensão desenvolvimental constituíram-se como objetivo dos meus cuidados a Satisfação Conjugal e o o Papel Parental.

Satisfação Conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional e comunicação não eficaz. Através do recurso a questões lineares, reflexivas e estratégicas e a utilização de um conto sistémico, foi possível promover a comunicação expressiva do casa, e motivar para a redefinição das tarefas domésticas.

Papel parental não adequado por comportamentos de adesão não demonstrado: apesar de as filhas já não viverem com o casal a vários anos, a satisfação mantida com as filhas é não demonstrado. A filha referiu que estava preocupada com a necessidade de os pais encontrarem alguém para realizar as tarefas domésticas relacionadas com a limpeza da casa, segundo a mesma, o resto da família fica preocupada que possa acontecer alguma coisa a Sra. A.S. enquanto executa estas tarefas, uma queda por exemplo. Os membros do casal referiram que sentem que agora são os filhos que mandam nos pais e que as filhas os consideravam uns inúteis,

além de que o Sr.M.N, não lhe agradava muito a ideia de ter alguém a mexer nas coisas dele em casa. Como intervenções, informei o casal sobre as tarefas desenvolvimentais da nova estapa do ciclo vital, incentivei a família a negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família.

Em relação à dimensão funcional, enunciou-se o diagnóstico: Processo Familiar disfuncional.

Foram aplicadas as escalas de Apgar familiar de Smilkstein e a Escala de Readptação Social de Holmes e Rahe. De acordo com a primeira, esta é uma família com moderada disfunção, pois ambos os membros do casal atribuíram a classificação de “Algumas vezes” às questões relacionadas com a satisfação como a família discute os assuntos do seu interesse e como a família reage aos seus sentimentos.

Recorrendo novamente à entrevista familiar sistêmica, foi possível avaliar que o Coping familiar não era eficaz, pois os membros da família não se sentiam satisfeitos com a forma como se discutem os problemas e a família não recorre a outros recurso externos para a resolução dos problemas. Como intervenções propus negociar estratégias adaptativas/Coping na família.

Com o intuito de avaliar os resultados agendei com a família uma segunda consulta, que ocorreu na USF e os membros da família demonstraram mudança (o casal contratou uma empresa externa de limpezas ao domicílio) e assim as filhas ficam mais tranquilas, uma vez que as grandes tarefas domésticas já não são executadas pela mãe. Contudo existe alguma resistência por parte do Sr. M.N, pelo que o Coping familiar manteve-se não eficaz e por conseguinte o Processo familiar disfuncional.

A seguir estão representados o Genograma e Ecomapa da família 2.

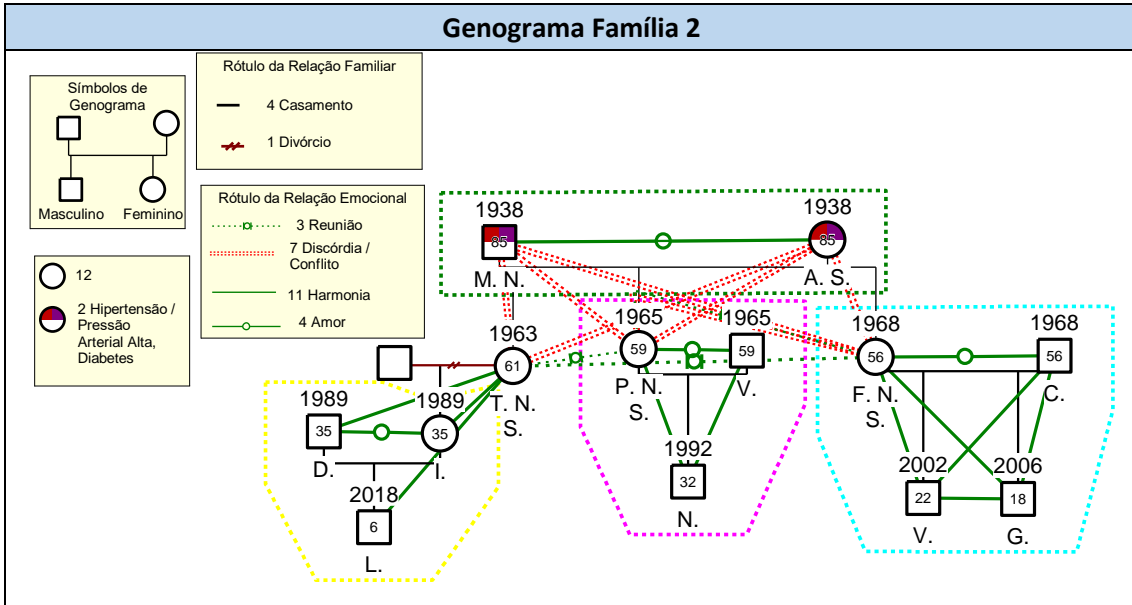


Figura 6: Genograma da Família 2.

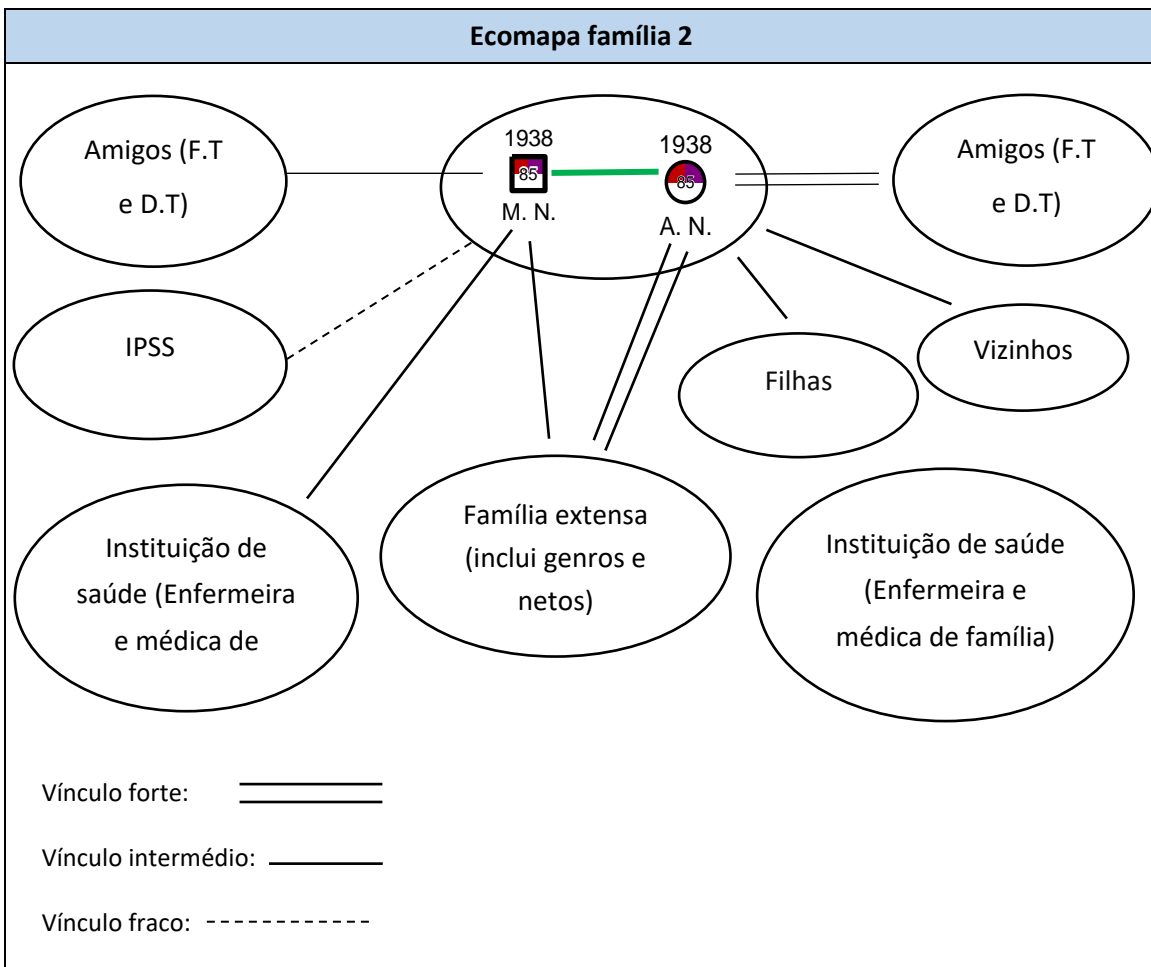


Figura 7: Ecomapa da Família 2.

Família 3

Família tipo casal. Os seus membros são o Sr. J.L. de 78 anos, e a Sra. P.A com 73 anos. Ambos tem o diagnóstico de diabetes tipo II e hipertensão, e a Sra. P.A também tem o diagnóstico de DPOC. Pertence à classe social média baixa (posição IV), segundo escala de Graffar adaptada. Tem uma filha de 54 anos e um filho de 53 anos, que esteve alguns anos emigrando, mas que já regressou a Portugal a algum tempo. Tem 2 netos e uma neta que vai 3 a 4 vezes para casa dos avós depois da escola.

Em relação aos sistemas mais amplos, esta família tem um vínculo forte com a instituição de saúde, assim como com a família mais extensa. Com a neta têm um vínculo muito forte. O Sr.J.L tem um vínculo intermédio com o clube recreativo onde passa algumas tardes de sábado. A Sra.P.A e a amiga F.M apresentam um vínculo forte, referindo que se conhecem desde crianças.

A primeira consulta foi realizada na presença dos dois membros do casal, no seu domicílio.

Foram avaliados os focos da dimensão estrutural, tendo-se verificado que não seria necessária a minha intervenção, uma vez que não constituíam um problema.

Ao realizar a entrevista familiar sistémica ao casal, com recurso a questões lineares, circulares e reflexivas, pude verificar que as áreas de atenção que requeriam a minha intervenção eram:

Satisfação Conjugal não mantida por comunicação não eficaz: o casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e o casal não está satisfeito com o padrão de comunicação do casal. A Sra.P.A manifestou alguma insatisfação com o facto de o Sr.J.L não incentivar a neta a arrumar as coisas que desarruma quando vai para casa dos avós. A neta vai 3 ou 4 vezes após a escola para casa dos avós, e de acordo com o que os membros do casal referiram, a neta manifesta muitas vezes que aquele é o melhor momento do dia dela.

O Sr. J. L mostra algum receio que se começar a chamar a atenção para arrumar as coisas que desarruma antes de ir embora, ela deixe de querer estar com os avós. A Sra.P.A declara que também não quer que isso aconteça pois também dá muito valor aos momentos que passam todos juntos.

Em relação à dimensão funcional:

Processo Familiar Disfuncional por comunicação verbal/não verbal não eficaz: todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) uns com os outros não eficaz.

A Sra. P.A refere que se sente desamparada na situação da neta, porquê o marido não lhe diz nada e isso causa-lhe algum desconforto, que mesmo sem dizer nada o marido apercebe-se que ela não está bem com alguma situação.

Através da escuta ativa, e com recurso à conotação positiva, mantendo sempre uma atitude de imparcialidade, clarifiquei os elementos do casal que aquele comportamento da neta, por mais inaceitável que parecesse, o facto de o avó não lhe dizer nada estava a fazer com que a neta não deixasse de os visitar, ou seja atribuir um significado positivo a algo que parece que não o é.

Ao avaliar os resultados, temos os focos Satisfação Conjugal e Processo Familiar positivados. Essa avaliação ocorreu numa segunda consulta realizada na USF, na qual a Sra.P.A manifestou que deixou de se preocupar tanto com a arrumação mas sim em estar o tempo com a neta.

Segue-se o Genograma e o Ecomapa da família 3.

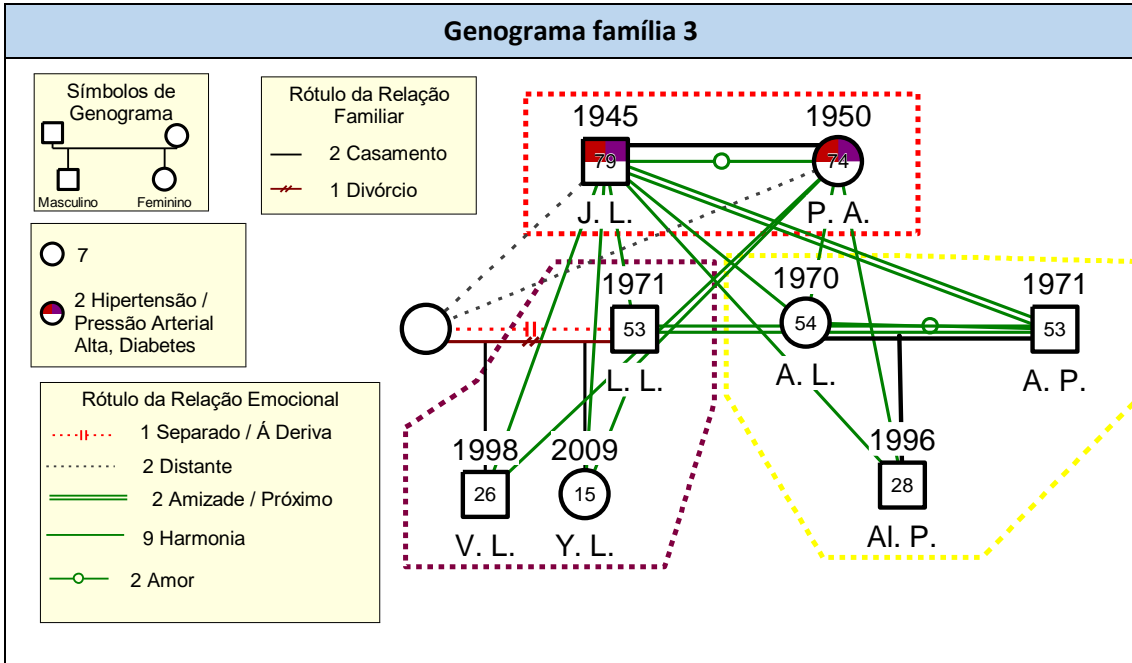


Figura 8: Genograma da Família 3.

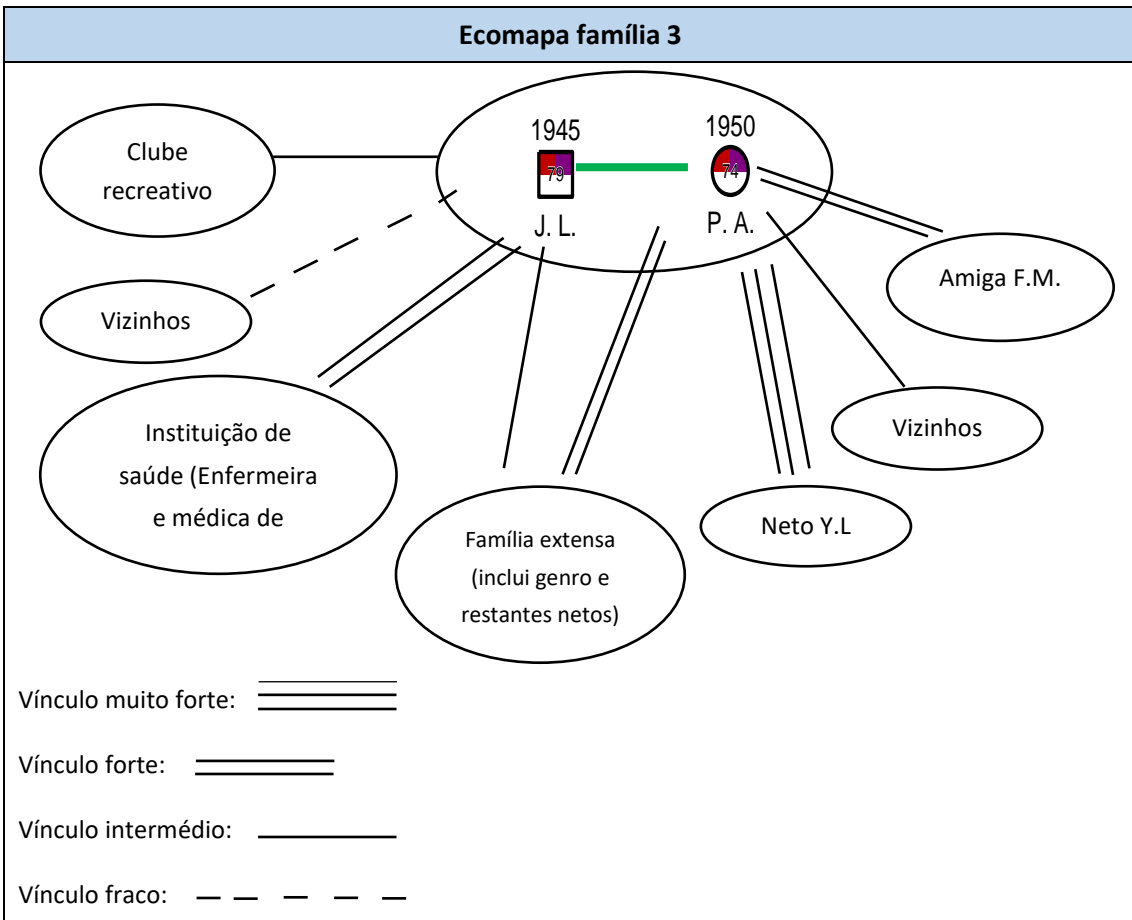


Figura 9: Ecomapa da Família 3.

Família 4

A família 4 é também uma família tipo casal. Constituída pelo Sr. J.S de 69 anos com o diagnóstico de diabetes tipo II e hipertensão arterial e a Sra. R.B de 72 anos com o diagnóstico médico de hipertensão. De acordo com a avaliação da Escala de Graffar adaptada, esta família encontra-se na posição II (classe média alta).

Tem uma filha, um neto e o genro. Tem contato diário (telefônico) com a filha e semanal com o neto e o genro.

Nos sistemas mais amplos têm vínculos muito fortes com a família extensa; vínculos forte com a enfermeira e e médica de família, com os amigos e intermédio com os vizinhos.

As dimensões estrutural e funcional foi avaliada, mas sem necessidade de intervir.

Na dimensão desenvolvimental, foi identificado como problema com necessidade da minha intervenção:

Satisfação conjugal não mantida por interação sexual não mantida e função sexual comprometida: após ter colocado as seguintes questões “Tem tido momentos para viver a vossa intimidade?”; “Como se sentem quanto à vivência da vossa sexualidade?” “Sentem alteração do desejo? O que significa isso para vocês? Têm conversado sobre isso?”, ambos conseguem verbalizar as dificuldades atuais e conseguem identificar o que leva a essas dificuldades.

Como atividade que concretiza o diagnóstico, recorri a uma Metáfora para que o casal percebesse que as mudanças do padrão da sexualidade que vão ocorrendo ao longo da vida fazem parte do processo, mas que isso não inviabiliza que eles continuem a vivenciar a sua sexualidade, que a sexualidade não tem de se resumir ao ato sexual com a finalidade de procriar, mas que se trata de uma mistura de comunicação, amor e prazer entre duas pessoas. Apliquei as escalas de Apgar familiar de Smilkstein e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.

Sendo que na primeira o resultado foi de 10 pontos (família altamente funcional) e na segunda o total foi de 150, ou seja menor probabilidade de incidência de doenças.

No decorrer da entrevista pude também verificar que não existem uniões ou alianças, que a comunicação familiar é eficaz e que o coping familiar também é eficaz.

Após concordância do casal, marcou-se uma segunda consulta onde iríamos a satisfação conjugal.

O casal referiu que agora dá mais valor a pequenos gestos, como o passear de mão dada, uma carícia dada enquanto estão a ver televisão, que entendem agora que a sexualidade não passa só pelo ato sexual, mas por outros momentos.

Após estes dados podemos considerar a Satisfação Conjugal Mantida por interação sexual adequada e função sexual não comprometida.

Apresenta-se de seguida as figuras correspondentes ao Genograma e Ecomapa da família 4.

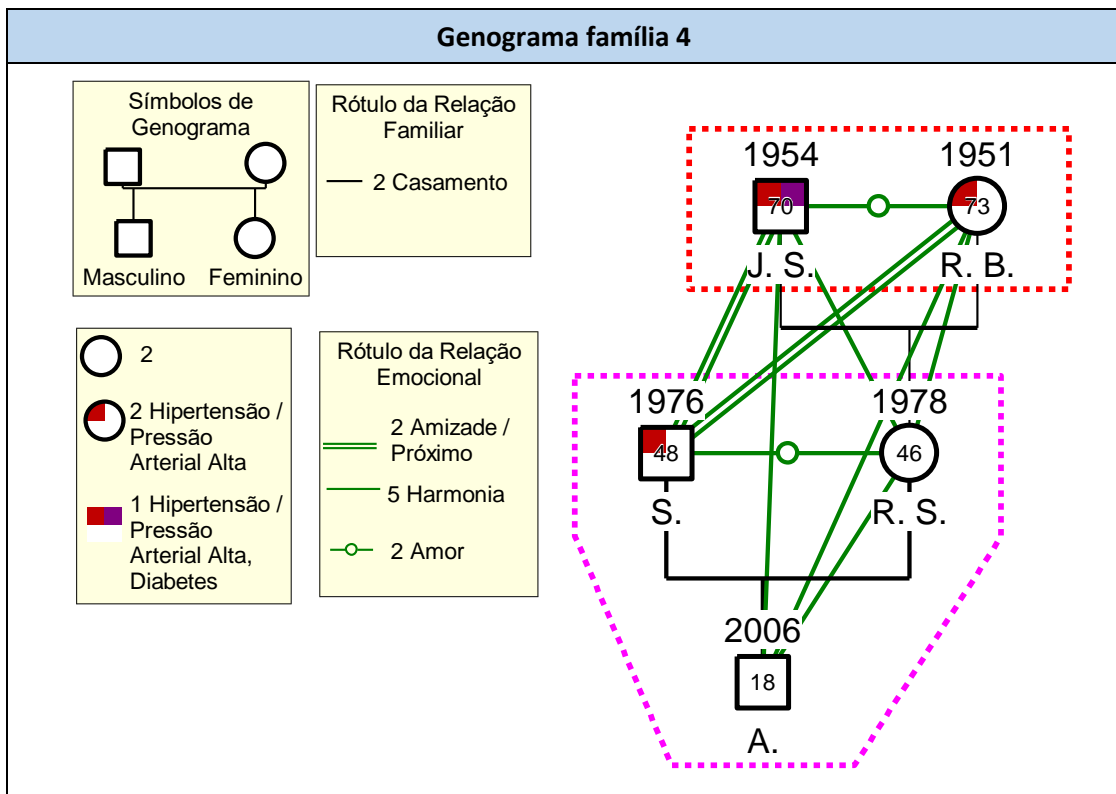


Figura 10: Genograma da Família 4.

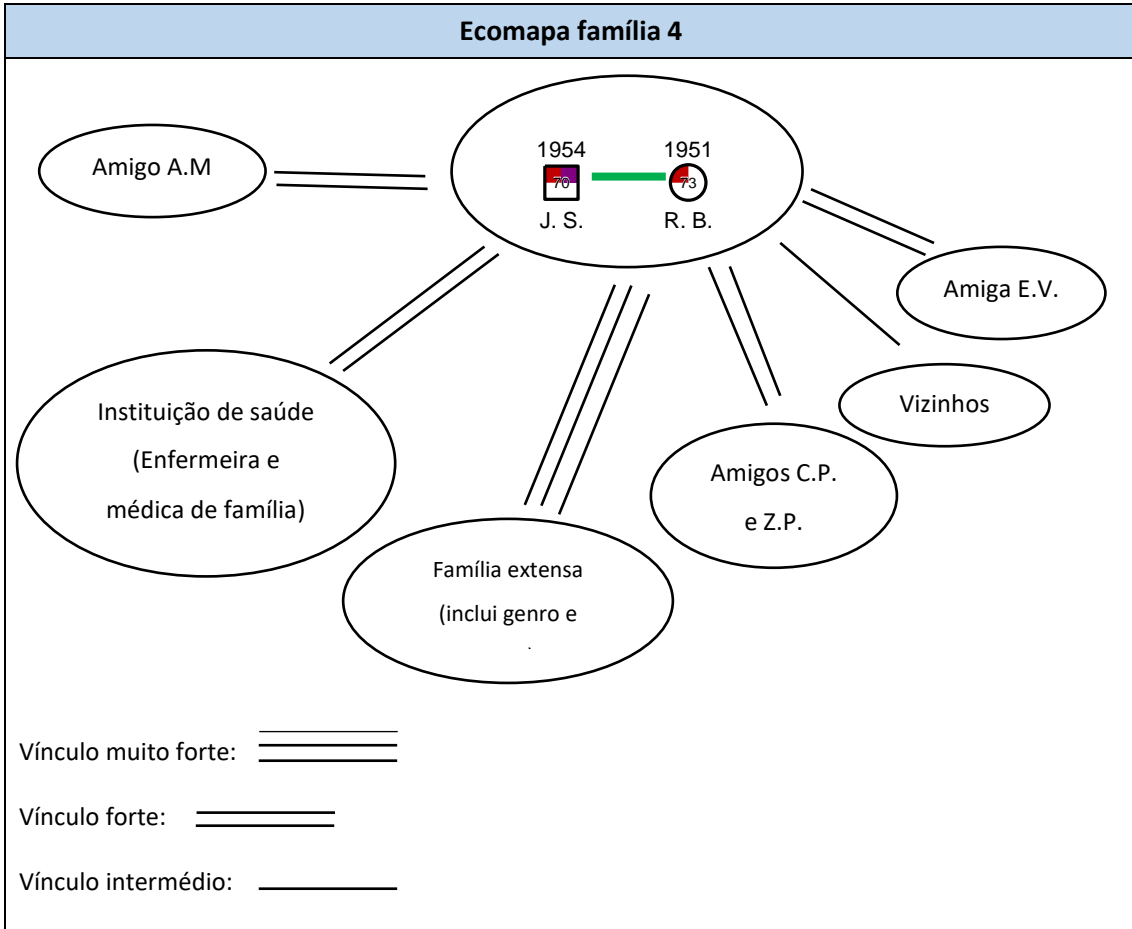
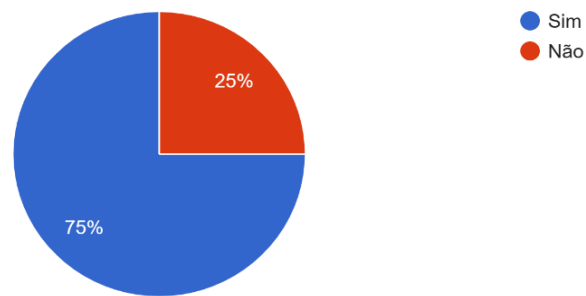


Figura 11: Ecomapa da Família 4.

Anexo III - Diagnóstico das necessidades de formação profissional

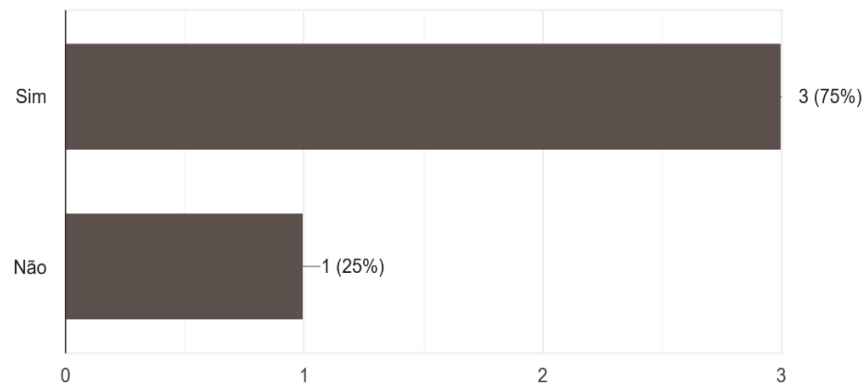
1. Sente necessidade de na sua prática recorrer a algum modelo de avaliação e intervenção em saúde familiar?

4 respostas



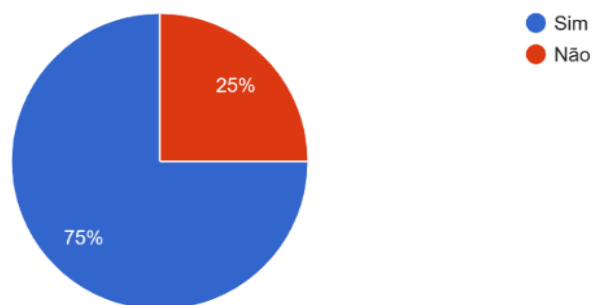
2. Conhece o MDAIF como modelo teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar?

4 respostas



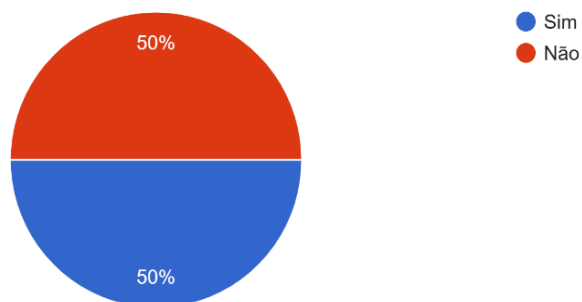
3. Gostaria de ter formação relacionada com o MDAIF?

4 respostas



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

4 respostas



5.1 Se respondeu SIM na questão anterior, tendo em conta a sua percepção, quais são as vantagens em fazê-lo? 4 respostas

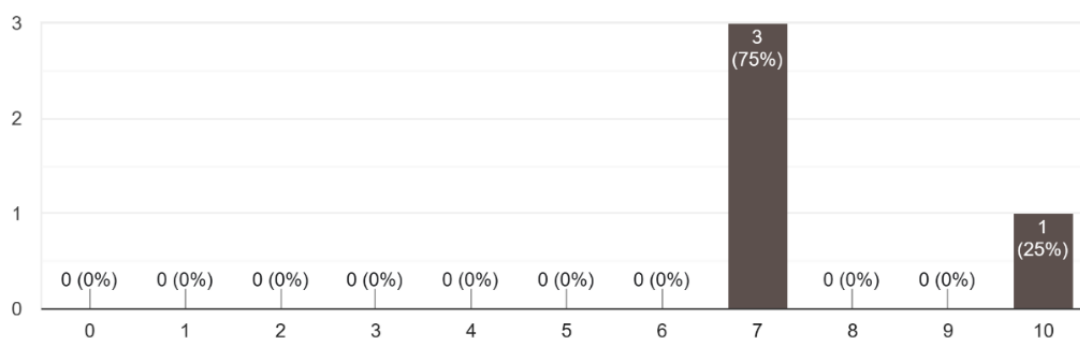
- * 0
- * ...
- * .
- * n

5.2 Se respondeu NÃO na questão anterior, refira qual(ais) o(s) motivo(s) pelo que não o faz. 4 respostas

- * Falta de tempo(2)
- * Não sabia da existência
- * Tempo

6. No que se refere à sua percepção relativamente ao seu grau de competência, de 0 a 10, sendo que 0 é Totalmente incompetente e 10 Totalmente c...o sentido de abordar a família enquanto cliente?

4 respostas



7. Em relação à gestão da doença crónica, quais os focos que lhe parecem adequados avaliar nas famílias onde existem membros portadores de doença crónica? 4 respostas

- Stress prestador de cuidados
- Atividade física; Hábitos alimentares; Adesão à medicação
- Conhecimento da doença
- Papel Prestador de Cuidados; Processo familiar

8. Qual a sua a sua percepção enquanto enfermeiro de família relativo à adesão das pessoas com doença crónica, às consultas de enfermagem? 4 respostas

* Baixa

* Numa escala de 0 a 10 aderem 5 ou 6, mas creio que esta adesão depende de vários fatores, sejam eles dos utentes em si porque trabalham, ou porque conhecem ou não muito bem o seu enfermeiro de família, etc..

* Aderem numa fase inicial aquando existem muitos sintomas

* A consulta de enfermagem não se baseia só na monitorização de sinais vitais, os utentes/famílias são vistos como um todo e necessitam de outros cuidados contínuos e holísticos o que leva a que o utente adira à consulta de enfermagem.

9. Na sua percepção quais são as maiores dificuldades para que as pessoas com doença crónica adiram à autogestão (gestão da doença e do regime terapêutico) da sua doença? 4 respostas

* Falta de literacia

* A literacia e a situação económica. Quanto menor a sua presença, maior a dificuldade de autogestão na pessoa com doença crónica.

* Falta de conhecimento e de consciência

* Comportamentais

10. E quais as maiores dificuldades que as famílias dessas pessoas com doença crónica habitualmente experienciam? 4 respostas

* Terapêutica desadequada, inacessibilidade aos cuidados diferenciados.

* As referidas na questão anterior.

* Falta de conhecimento

* Ansiedade

11. Em relação à autogestão da doença reconhece vantagem e/ou sente necessidade de recorrer a algum modelo(s)/teoria(s) para orientar os seus cuidados? 4 respostas

* Reconheço vantagens, não sinto necessidade de recorrer a modelos/teorias.

* Sim

* Não

* Recorrer a modelo

Anexo IV- Plano de formação interna MDAIF



Plano de Formação

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Formação: MDAIF (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar) **Data:** 16/01/2024

Formador: Susana Martins (ep10629)

População Alvo	Local	Temas	Objetivos	Métodos/ Estratégias	Recursos	Duração	Avaliação
Equipa de enfermagem da USF onde decorre o estágio	Sala de reuniões da USF onde decorre o estágio	MDAIF	Atualizar conhecimentos sobre MDAIF	Expositivo/Ativo Apresentação com diapositivos	Computador Data Show	1 horas	Avaliação em forma de questionário

Anexo V - Apresentação da formação interna MDAIF

ESEP
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DO PORTO

MDAIF
Modelo Dinâmico de
Avaliação e Intervenção
Familiar

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
Susana Martins, ep 10629
Porto, 2024

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar 1

ESEP
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DO PORTO

MDAIF

1. Objetivos

- Conhecer e atualizar conhecimentos sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar 2

MDAIF

2. Introdução

Papel do enfermeiro de família:

Prestar cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias, ao longo do seu desenvolvimento, em todos os processos de vida e também nos vários contextos da comunidade.

- O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surgiu com o evoluir dos cuidados de saúde primários em Portugal.

MDAIF

2. Introdução

- 2011: OE adotou o MDAIF como referencial teórico e operativo
- Reconhecido pelo IFNA como referencial para a prática de enfermagem de família

MDAIF

3. Referenciais epistemológicos

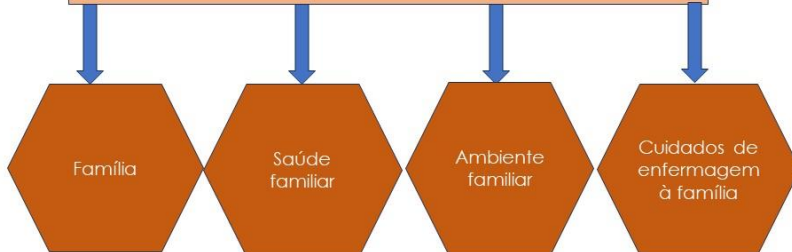
Pensamento sistémico



MDAIF

3. Referenciais epistemológicos

Pensamento sistémico



MDAIF

4. Conceitos

Família

- ❖ Auto determinação da família caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos;
- ❖ Dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário;
- ❖ Processos de mútua interação com o ambiente;
- ❖ A família é todo e partes ao mesmo tempo.

MDAIF

4. Conceitos

Saúde Familiar

- ❖ Processo dinâmico de ajustamento co-evolutivo;
- ❖ Capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitem a sua funcionalidade;
- ❖ Integra a saúde de cada membro individualmente, bem como os aspetos do funcionamento familiar;
- ❖ Co-construção evolutiva/transformativa.

MDAIF

4. Conceitos

Ambiente Familiar

- ❖ Contexto onde os membros da família interagem entre si;
- ❖ Contextos mais amplos, família de origem, vizinhos, grupos de amigos, trabalho e rede comunitária;
- ❖ Contextos que não envolvem os membros da família como participantes, alterações organizacionais nas instituições com que o sistema familiar interage;
- ❖ Nível mais amplo do ambiente, padrões institucionais, cultura, sistemas de crenças e ideologias.

MDAIF

4. Conceitos

Cuidados de enfermagem à família

- ❖ Interação dinâmica Enfermeiro/Família. Processo interpessoal, significativo e terapêutico;
- ❖ Processo colaborativo e de reciprocidade;
- ❖ Capacitação da família face às suas exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- ❖ Promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar;
- ❖ Potenciar as forças e recursos da família nos seus processos de transição.

MDAIF

5. Pressupostos

A família é constituída por **subsistemas**. A **interação** entre os seus **elementos** e o **ambiente** confere-lhe **unicidade**.

A família tem a competência necessária para se manter em **continuidade**, pelo equilíbrio entre a **mudança** e a **estabilidade**.

As **mudanças** que ocorrem na família tem um **fator evolutivo**.

Quanto **melhor** as famílias conhecem o **seu passado**, **melhor preparadas** estão para o **futuro**.

A **saúde familiar** é co construída em torno do **desenvolvimento** e **crescimento** da família, procurando mobilizar **recursos internos e externos** face aos **processos de transição**.

11

MDAIF

6. Princípios

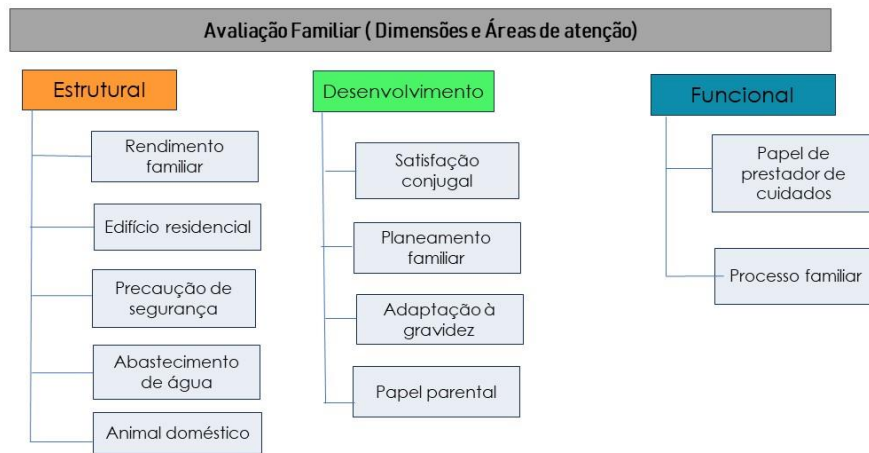
Pelas características dos **Cuidados de Saúde Primários**, todas as famílias são **suscetíveis de avaliação**.

Para uma **avaliação eficaz** deve ser estimulada a **participação do maior número** possível de elementos da família.

A decisão sobre o **processo de avaliação familiar** baseia-se na compreensão da **complexidade familiar**.

Os **cuidados de enfermagem à família** serão otimizados se centrados nos **padrões interacionais** da família.

MDAIF 7. Matriz Operativa

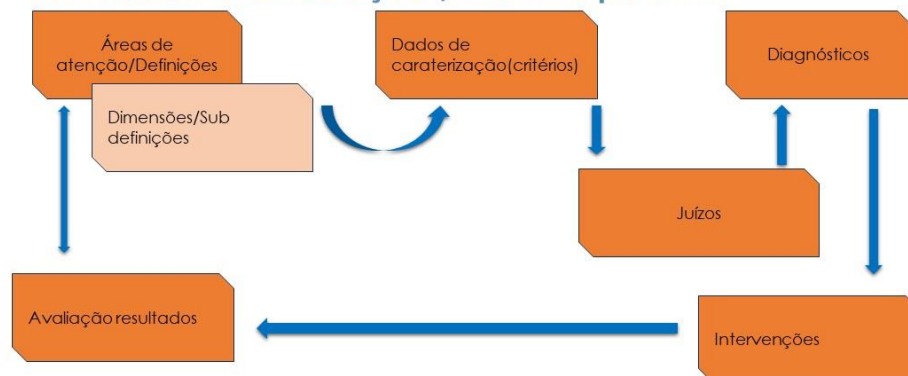


Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

13

MDAIF

8. Processo e articulação / Matriz Operativa

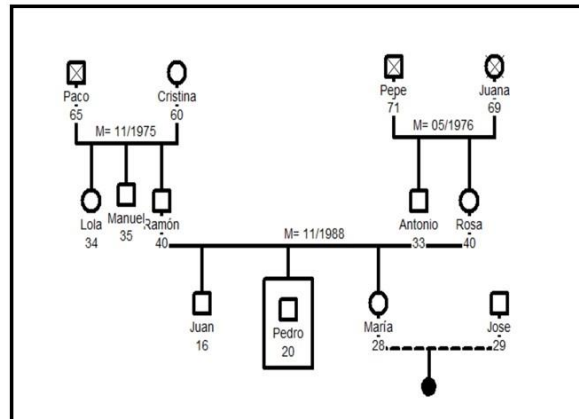


14

9. Dimensão estrutural

Genograma

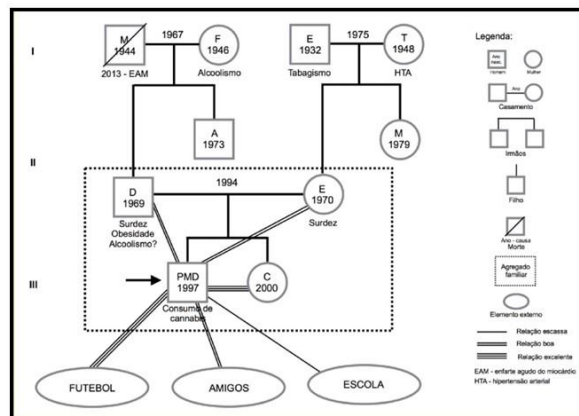
São representações simbólicas das relações entre os membros de uma família.



9. Dimensão estrutural

Ecomapa

Usada para estudar a estrutura da família de um indivíduo. Também serve para descobrir como essa família se relaciona com uma possível rede de apoio extrafamiliar.



9. Dimensão estrutural

Escala de Graffar adaptada

Indicador dos diversos níveis de bem-estar de um grupo social. Este método baseia-se, num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita.

NÍVEL	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORDEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			CLASSIFICAÇÃO SOCIAL
						até 1000	de 1000 a 2000	até 3000	
1	Divulgações e Comunicação Diretores de loja de maior dimensão do bairro Profissionais de nível superior Profissionais Universitários (com Licenciatura) Engenheiros/Arquitetos/Arquitetas Profissionais de nível médio superior (com licenciatura)	Licenciatura Mestrado Doutoramento	Luzeiro ou primeiro, no primeiro ou segundo lugar de rendimentos familiares	Casa ou apartamento próprio ou número de quartos	Zona residencial segura	1	1	1	CLASSE ALTA
2	Médicos (dentistas e outros) Cirurgiões de família Agricultores / Proprietários Cirurgiões dentários e outros Profissionais do setor privado do comércio Profissionais de nível médio superior (com licenciatura) Professores do Ensino Secundário Profissionais Universitários (com licenciatura)	Bacharelato ou Curso Superior de 3.º ano	Segundo, terceiro ou quarto lugar de rendimentos familiares	Casa ou apartamento alugado	Bairro rural	2	2	2	CLASSE MÉDIA ALTA
3	Prof. Técnicos e Científicos Químicos Médicos, Dentistas de Família, Dentistas, etc. Médicos Agrícolas Sargentos militares	2.º Ano	Terceiro, quarto ou quinto lugar de rendimentos familiares	Casa ou apartamento alugado	Zona residencial insegura	3	3	3	CLASSE MÉDIA
4	Prof. Técnicos Eng. Técnicos (com ou sem licenciatura) Profissionais do comércio e indústria de nível médio superior (com licenciatura)	Exceção: 1.º ano e 1.º ano	Quinto, sexto ou sétimo lugar de rendimentos familiares	Casa ou apartamento alugado ou número de quartos	Bairro urbano	4	4	4	CLASSE MÉDIA BAIXA
5	Profissionais de nível médio superior (com licenciatura) Trabalhadores qualificados e profissões de qualificação no grupo anterior	1.º ano ou 1.º ano	Seis, sétimo ou oitavo lugar de rendimentos familiares	Casa ou apartamento alugado ou número de quartos	Bairro de classe média	5	5	5	CLASSE BAIXA

Fuente: Graffar, "O método de classificação social e o problema do populador"
Coleção "Estudos", 1958, pp. 11-12. Adaptado de Graffar, op. cit., p. 488.
Adaptado em 1982 e actualizado em 2011 pelo Dr. Paulo Afonso

10. Dimensão desenvolvimental

Etapa do Ciclo Vital Familiar

Implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

- **Formação de casal:** do casamento ao nascimento do 1º filho
- **Família com filhos pequenos:** do nascimento do 1º filho ao até à idade pré escolar.
- **Família com filhos idade escolar:** da entrada na escola até adolescência
- **Família com filhos adolescentes:** da saída da escola ao início dos estudos superiores
- **Família com filhos adultos:** os filhos saem de casa
- **Família de meia idade:** entre a saída do último filho e a reforma
- **Família idosa:** da reforma à viuvez, corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família

10. Dimensão funcional

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Foi projetada para medir o stress causado por eventos significativos na vida de uma pessoa. Quanto maior a pontuação, maior o stress percebido e, teoricamente, maior o risco de problemas de saúde relacionados ao stress.

Escala Holmes-Rahe	
Acontecimento	Pontos
Falecimento do cônjuge	100
Divórcio	73
Separação	65
Encarceramento	63
Falecimento de um familiar próximo	63
Doença ou acidente	53
Casamento	50
Despedimento	47
Reconciliação com o cônjuge	45
Refluxo	45
Perturbação de saúde de um membro da família	44
Gravidez	40
Perturbações sexuais	39
Nascimento na família	39
Readaptação no trabalho	39
Mudança na situação económica	38
Mudanças nas discussões com o companheiro/a	35
Hipoteca	32
Execução de uma hipoteca ou de volução de um empréstimo	30
Aterações de responsabilidades no trabalho	29
Filho ou filha que abandona o lar	28
Problemas com os sogros	28
Rendimento pessoal excepcional	28
O cônjuge inicia um trabalho ou abandona-o	26
Início ou fim da escola	25
Mudança nas condições de vida	25
Revisão dos hábitos	24
Problemas com o chefe	23
Mudanças de horário ou das condições de trabalho	20
Mudanças de residência	20
Mudança de escola	20
Mudanças no tempo de sono	19
Mudanças nas actividades na igreja	19
Mudanças nas actividades sociais	19
Hipoteca ou empréstimo de pouca importância	17
Mudança nos hábitos de sono	16
Mudança no número de reuniões familiares	16
Mudanças nos hábitos alimentares	15
Férias	13
Festas	12
Infecção leve da lei	11

10. Dimensão funcional

APGAR Familiar de Smilkstein

Ferramenta de avaliação utilizada para medir a funcionalidade da família em termos de sua capacidade de resolver problemas, tomar decisões, se comunicar e funcionar como uma unidade coesa.

Apgar Familiar De Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo de minha família, sempre que preciso, sobre meu trabalho.			
2. Estou satisfeito com a forma como a família discute assuntos de interesse comum e participa comigo na resolução de problemas.			
3. Acho que a família funciona com a mesma eficiência em situações de emergência ou de mudança de rotina.			
4. Estou satisfeito com a forma como a família manifesta a sua afecção e ternura meua, especialmente, para o tempo livre.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos
Avaliação final:

7 a 10 - Família altamente funcional
4 a 6 - Família com moderate disfunção
0 a 3 - Família com disfunção acentuada

10. Dimensão funcional

FACES II

Ferramenta de avaliação

projetada para medir o grau de

coesão e adaptação em uma

família. Usada para avaliar a

dinâmica familiar e entender

como os membros da família

interagem uns com os outros.

FACES II
Versão Portuguesa de Chella Monteiro Fernandes (1995)

	Quase nunca	De vez em quando	Az vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa trabalhamos uns aos outros quando temos dificuldades.					
2. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
3. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
4. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
5. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
6. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
7. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
8. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
9. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
10. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
11. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
12. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
13. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
14. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
15. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
16. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
17. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
18. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
19. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
20. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
21. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
22. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
23. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					
24. Quando há um problema, os membros da família sabem o que fazer para resolvê-lo.					

11. Exemplo do Modelo Operativo

[..\MO versao reduzida V3-1- família 4 - Cópia.docx](#)

12. Registos Consulta enfermagem MDAIF

[..\Cons.enf.MDAIF.pptx](#)



MDAIF

Referências bibliográficas

- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Família. Lusociência.
- Figueiredo, M. et al (2022). Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso. Sabooks Lusodidacta.

Anexo VI- Plano de formação interna Modelo Crenças na Saúde na autogestão da dorn



Plano de Formação


Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Formação: Modelo Crenças na Saúde na autogestão da doença **Data:** 23/01/2024

Formador: Susana Martins

População Alvo	Local	Temas	Objetivos	Métodos/ Estratégias	Recursos	Duração	Avaliação
Equipa de enfermagem da USF onde decorre o estágio	Sala de reuniões da USF onde decorre o estágio	Modelo Crenças na Saúde	Atualizar conhecimentos sobre Modelo Crenças na Saúde	Expositivo/Ativo Apresentação com diapositivos	Computador Data Show	1 horas	Avaliação em forma de questionário

Anexo VII- Apresentação da formação interna Modelo Crenças em Saúde na auto gestão da doença



Modelo de crenças na saúde (MCS na auto gestão da doença)

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem

Susana Martins, ep 10629
Porto, 2024



MCS na auto gestão da doença

1.Objetivos

- Refletir as práticas de enfermagem familiar na abordagem de um membro com dificuldades de autogestão da doença
- Aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com Modelo de Crenças na Saúde

2

Modelo de crenças na saúde

Crenças: opiniões ou certezas reconhecidos pelos indivíduos em relação ao mundo, acerca de si mesmos, baseadas nas vivências pessoais, normas culturais ou fé (Smith, 2023).

Valores: regras ou normas que as pessoas dão importância e utilizam para regular o comportamento, a tomada de decisão e atos (Smith, 2023).

Tal como as crenças, os valores, moldam a perspetiva e as ações de uma pessoa, no entanto as crenças são convicções aceites e os valores são princípios orientadores (Smith, 2023).

Modelo de Crenças em Saúde



MCS: Origem do modelo

- Perceção da gravidade
- Perceção da suscetibilidade
- Perceção dos benefícios

5

MCS: Origem do modelo

- Perceção dos custos ou obstáculos
- Pistas para a ação
- Autoeficácia

6

MCS: Origem do modelo

- ❑ Em enfermagem, o MCS serve para explicar qual a perceção do risco que a pessoa tem e porque adotam comportamentos de risco.
- ❑ Orienta os enfermeiros na aplicação de estratégias que vão influenciar as pessoas com doença a alterar estilos de vida.

7

MCS: Origem do modelo

FATORES QUE INFLUENCIAM AS CRENÇAS

- Variáveis demográficas: idade, sexo, raça, etnia
- Variáveis psicossociais: personalidade, classe social e grupos a que pertence
- Variáveis cognitivas: conhecimento que a pessoa tem acerca da doença

8

MCS: Origem do modelo

FATORES QUE INFLUENCIAM AS CRENÇAS

- Importância que a pessoa atribui à saúde: pode ser uma grande importância em que tudo gira em torno da saúde, ou ocupa um papel secundário.
- O controlo da saúde: algumas pessoas estimam que a sua saúde é controlada por fatores internos, outros fatores influentes e à sorte.

MCS: Origem do modelo

Perceções individuais

A pessoa reconhece e atribui importância à gravidade e suscetibilidade que possa ter à doença.

Fatores Modificadores

A idade, o sexo, a classe social, a personalidade e a capacidade cognitiva

Probabilidade de Ação

A pessoa percebe os benefícios e reconhece as barreiras à ação
Aumenta a probabilidade de aceitar as ações

MCS: Origem do modelo

- A probabilidade de uma pessoa desenvolver ações que beneficiarão a sua saúde, depende da perceção que a pessoa tem dos diferentes fatores (Couto,1998).
- Quanto maior a perceção da gravidade e suscetibilidade da doença, maior a probabilidade da pessoa decidir adotar medidas positivas relativamente à doença. (Couto,1998)
- Apesar disso, a pessoa pode ainda precisar de indicações (alguns autores chamam de pistas), para desencadear ações positivas (ex: doença de um familiar, aconselhamento do profissional de saúde, campanhas de imprensa) (Couto,1998).

11

Modelo de Crenças em Saúde



Os enfermeiros, por norma, passam mais tempo com os doentes do que qualquer outro elemento da equipa de saúde, e neste sentido, são os profissionais mais privilegiados para facultar os recursos e capacitação direcionada para a pessoa com doença;



O Modelo de Crenças em Saúde, é muito utilizado para compreender como as crenças influenciam as ações em relação à saúde.

12

Exemplo para aplicar MCS na auto gestão da doença

Não adesão ao regime de exercício



MCS na auto gestão da doença

- Tem algum conhecimento acerca da doença que lhe foi diagnosticada?
- O que acha que desencadeou a doença?
- O que sentiu quando o médico lhe falou do diagnóstico da doença?
- Pode descrever-me os seus hábitos de vida? (alimentação, exercício, tabaco, álcool)
- Para si o que seria mais fundamental alterar para que crie hábitos de saúde mais saudáveis?

Modelo de Crenças em Saúde

- Qual a sua expectativa em relação ao tratamento?
- Sente que a sua família o apoia nesta fase? Qual a pessoa que mais o apoia?
- E a família, o que sabe acerca da doença diagnosticada?
- O que pensa a família em relação às mudanças que terão que efetuar nos hábitos de vida?
- Conhecem alguém com este tipo de doença?

15

Modelo de Crenças em Saúde

- 1º** Explicar a suscetibilidade e a gravidade da não adesão ao regime exercício a longo prazo para a pessoa com doença crónica e restantes membros da família;
- 2º** Incentivar os restantes membros da família a recordar à pessoa com doença crónica que se preocupam com a sua saúde e que é seu desejo que elas vivam muitos anos;
- 3º** Colocar questões abertas para que a pessoa e identifique os obstáculos e os benefícios em alterar comportamento;
- 4º** Ajudar a pessoa a reconhecer que os benefícios são maiores que os obstáculos;

16

Modelo de Crenças em Saúde

- 5º Proporcionar estratégias alternativas saudáveis aos procedimentos não saudáveis, por exemplo, explicar à pessoa que não é necessário frequentar um ginásio para conseguir praticar exercício físico, nas suas rotinas diárias pode realizar tarefas que promovem a atividade física.;
- 6º Identificar as dificuldades e proporcionar opções viáveis que ajudem a pessoa a reconhecer a que os benefícios superam os obstáculos.
- 7º Facultar à pessoa material interativo (ex: vídeo), no qual constem depoimentos de pessoas que além de terem o mesmo problema, conseguiram alterar os comportamentos

17

Quando a dor de não estar vivendo for maior do que o medo da mudança, a pessoa muda.

Sigmund Freud

18

Referências bibliográficas

- Couto, A., J. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência, revista de enfermagem*, 1, 5-9. [Revista de Enfermagem Referência \(rcaap.pt\)](http://rcaap.pt)
- Morais, Y., F., A., (2022). *Crenças da Saúde e locus de controlo da saúde face ao cancro de pulmão* (Tese de Mestrado, Universidade Europeia). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/42606>
- Smith, E. (2023). *AskAnyDifference, Crenças e Valores* [Crenças x Valores. Diferença e Comparação \(askanydifference.com\)](http://askanydifference.com)

Obrigado

Susana Martins, ep10629

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem

Anexo VIII - Questionário de Avaliação da Formação



Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Avaliação da Formação

Nome da Formação _____

Formador: _____ **Data** ___ / ___ / ___

Caro formando, avalie a formação a que assistiu, considerando os critérios a seguir expostos.


Critérios	1	2	3	4	5
Pertinência do Tema					
Métodos e técnicas pedagógicas					
Rigor técnico e científico					
Recursos didáticos utilizados					
Tempo da Formação					

Sugestões:

Escala de Avaliação									
Nível Qualitativo									
1	Muito Mau	2	Mau	3	Médio	4	Bom	5	Muito Bom

Anexo IX- Certificados de participação em eventos científicos

código de validação: 06fc3d963f33

 **ESEP**
Escola Superior de
Enfermagem do Porto

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Susana Margarida Lopes Martins** 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

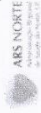
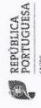
ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4203-972 Porto • Portugal • Tel: 225 073 600 • Fax: 225 066 237 • esep@esepf.pt • www.esepf.pt

2º Seminário Enfermagem Saúde Familiar

ACES Maia/Valongo



A direção do ACeS Maia/Valongo e as presidentes do 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo, realizado nos dias 21 e 22 de setembro de 2023, certificam que:

Susana Margarida Lopes Martins

participou no supracitado seminário, com a duração total de 16 horas.

J. Nunes → Cristina Fernandes Dorafelho





SPESF
Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Susana Margarida Lopes Martins

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Maria Henriqueta Figueiredo
Rua da Paz de Malpique nº 115, 2º Dt
4460-203 Matosinhos



Certificado

Certifica-se a presença de

Susana Margarida Lopes Martins

No *Webinar Gratuito "Intervenção Sistémica à Família"* realizado no dia 16 de janeiro de 2024, num total de 2 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP


(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização