

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM MEMBRO
PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR**

Relatório de estágio

Joana Marlene Morais Pinho

Porto, 2024

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS
COM MEMBRO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
- PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES WITH
A MEMBER SUFFERING FROM HYPERTENSION - PROJECT TO
DEVELOP SPECIALISED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY
NURSING IN THE AREA OF FAMILY HEALTH NURSING

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

Joana Marlene Morais Pinho

Porto, 2024

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

(in Fernando Pessoa, Livro do Desassossego, 1982, p. 85)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, pela orientação neste trabalho e no crescimento académico e profissional, por todo o conhecimento partilhado, por ser o exemplo a seguir em termos de dedicação, paixão, justiça, determinação e, claro, pela amizade.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, pela disponibilidade, sensibilidade, empatia e, principalmente, por todas as palavras de reconhecimento e respeito pelo longo caminho percorrido.

Ao diretor técnico e enfermeiro gestor Renato Gomes, pelos momentos de partilha, discussão, reflexão crítica e, sobretudo, pelas oportunidades.

À enfermeira com responsabilidades de gestão Diana Magalhães, pela compreensão, motivação, exemplo e amizade.

Aos amigos da UMDR Lousada, pelo reforço positivo constante, espírito de equipa e flexibilidade.

Aos profissionais da equipa multidisciplinar da USF que tão gentilmente me acolheram, em particular às enfermeiras tutoras, pela colaboração, disponibilidade e incentivo.

Às colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pelo sentido de grupo, justiça e companheirismo.

À Inês, com quem desde início evoluo numa relação de complementaridade e reciprocidade, pelo empoderamento, positividade e desenvolvimento conjunto e também pelos desabafos e frustrações que, por serem partilhados, foram fáceis de resolver.

À Ana Luísa, que na diferença me foi sempre tão igual, pelas reflexões, opiniões, clareza nas prioridades e partilha da paixão e empenho.

À Juliana, pela experiência, entreaajuda, empatia e crescimento conjunto.

À Marta, amiga do trabalho, que, mesmo sem saber, foi muitas vezes o meu refúgio, pelas palavras certas, chamadas à realidade e carinho.

À Marta, amiga da licenciatura, por ser sempre sinónimo de luz na minha vida.

À Maria e Ângela, por acompanharem e motivarem as minhas ambições, serem o meu porto seguro e a amizade mais bonita e vitalícia que tenho.

À minha origem, mãe, pai e irmão, por me acharem e fazerem achar sempre capaz, pelo amor, compreensão e presença constante.

À Matilde, pelos abraços reconfortantes, beijos fortalecedores, fofocas hilariantes, e, acima de tudo, pelo amor incondicional.

Ao Nico, meu companheiro de escrita, pelos mimos e euforia em cada regresso a casa.

Ao Paulo, amor de e para a minha vida, certeza no meio de muitas incertezas, por me escolher todos os dias num ato refletido e sustentado de respeito, paciência, bondade, sinceridade, carinho e amor.

A mim, por não desistir do sonho.

Este percurso é meu e vosso, obrigada.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE-SNS – Direção Executiva do SNS

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

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

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

EPA – Enfermagem de Prática Avançada

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

ICN – Internacional Council of Nurses

ICN Browser - Internacional Council of Nurses Browser

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Plano de Acompanhamento Interno

PBE – Prática Baseada na Evidência

SIS – Sistema de Informação na Saúde

SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – *Scoping Review*

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Família, enquanto unidade sistémica, caracteriza-se na teia de relações dinâmicas, complexas e contextuais em interação com o meio, destacando-se a sua capacidade auto-organizativa face transições normativas e não normativas decorrentes do ciclo vital. De particular interesse considerou-se a transição não normativa saúde doença vivenciada pelas famílias com membro portador de hipertensão arterial. No âmbito das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, definiram-se objetivos que visavam a consecução das competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente: prestar cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. A prestação de cuidados a quatro famílias constituídas por membros idosos portadores de hipertensão arterial em contexto de consulta, foi sustentada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e na Teoria das Transições, possibilitando a interligação entre as etapas do processo de Enfermagem. Os diagnósticos identificados, nomeadamente no âmbito do processo familiar, levaram ao planeamento de intervenções como promover a comunicação expressiva das emoções, sendo que, na sua implementação, foi relevante a mobilização de técnicas de intervenção familiar sistémica, como o reenquadramento, conotação positiva e metáfora. Obtiveram-se ganhos em saúde, destacando-se a identificação das forças que serviram como mote para a resposta a transições, por sua vez, co construídas no contexto da relação terapêutica estabelecida com as famílias como um todo. Na liderança e colaboração, estabeleceram-se parcerias com membros da equipa multidisciplinar, que permitiram fomentar a cultura organizacional de formação, de prática e de investigação; de outras unidades funcionais, que possibilitaram o envolvimento com programas de saúde; e, até, com engenheiras informáticas, que facilitaram a incorporação das tecnologias de informação e comunicação. Salientou-se a *eHealth* e, sobretudo, *mHealth* no desenvolvimento da *FamiliApp* que se perspetiva ser uma tecnologia capaz de melhorar a decisão clínica na prestação de cuidados à família com unidade. A reflexão crítica sobre todas as atividades desenvolvidas permitiu clarificar a sua relação com desenvolvimento das competências, comuns e específicas, tendo, para isso, sido importante adotar os princípios da prática baseada na evidência.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar, Saúde da Família, Idoso, Hipertensão, Estratégias de eSaúde

ABSTRAT

Family, as a systemic unit, is characterised by a web of dynamic, complex and contextual relationships in interaction with the environment, highlighting its self-organising capacity in the face of normative and non-normative transitions arising from the life cycle. Of particular interest was the non-normative health-disease transition experienced by families with a member suffering from hypertension. Within the scope of the curricular units Professional Internship with Report - Module I and Professional Internship with Report - Module II, of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, objectives were set that aimed to achieve the competences defined for the Nurse Specialising in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, namely: providing care for the family, as a unit of care, and for each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention; and leading and collaborating in intervention processes within the scope of Family Health Nursing. The care provided to four families made up of elderly members with hypertension in a consultation context was based on the Dynamic Family Assessment and Intervention Model and the Transitions Theory, making it possible to interconnect the stages of the nursing process. The diagnoses identified, particularly in the context of the family process, led to the planning of interventions such as promoting the expressive communication of emotions, and the mobilisation of systemic family intervention techniques such as reframing, positive connotation and metaphor was relevant in their implementation. Gains in health were achieved, with the identification of strengths that served as a motto for responding to transitions, which in turn were co-constructed in the context of the therapeutic relationship established with the families. In terms of leadership and collaboration, partnerships were established with members of the multidisciplinary team, which made it possible to foster an organisational culture of training, practice and research; with other functional units, which made it possible to get involved with health programmes; and even with computer engineers, who facilitated the incorporation of information and communication technologies. eHealth and, above all, mHealth were emphasised in the development of the FamiliApp, which was envisaged as a technology capable of improving clinical decision-making in the provision of care to the family with a unit. Critical reflection on all the activities carried out made it possible to clarify their relationship with the development of common and specific competences, and for this it was important to adopt the principles of evidence-based practice.

Keywords: Family Nursing, Family Health, Elderly, Hypertension, eHealth Strategies

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	27
1.1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA	27
1.2. CARATERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2.1. DESDE A FAMÍLIA ATÉ À ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (ESF)	35
2.2. O EEECESF E AS FAMÍLIAS COM MEMBRO PORTADOR DE HTA	41
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	47
3.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS.....	47
3.1.1. <i>A Seleção das Famílias</i>	48
3.1.2. <i>Os Recursos e Técnicas de Avaliação e Intervenção Familiar</i>	48
3.1.3. <i>A Avaliação e Intervenção Familiar</i>	54
3.1.4. <i>Os Resultados da Avaliação e Intervenção Familiar</i>	95
3.2. LIDERANÇA E COLABORAÇÃO NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (ESF)	101
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS.....	135
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS	
ANEXO II - MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF: VERSÃO REDUZIDA ADAPTADO DE FIGUEIREDO, 2012	
ANEXO III – DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	
ANEXO IV – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	

ANEXO V – AVALIAÇÃO SESSÃO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
ANEXO VI – CERTIFICADO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
ANEXO VII – CERTIFICADO CONFERENCISTA WEBINAR: “A FAMÍLIA E AS SUAS DINÂMICAS: O MDAIF NA PRÁTICA”
ANEXO VIII – CERTIFICADO AUTORA COMUNICAÇÃO ORAL: “CONGRESSO INTERNACIONAL A FAMÍLIA NO EPICENTRO DA PANDEMIA”
ANEXO IX – CERTIFICADO AUTORA COMUNICAÇÃO ORAL: 3º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, 2º CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE FAMILIAR E 1º ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
ANEXO X – CERTIFICADO DE COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS
ANEXO XI – CERTIFICADO AUTORA PÓSTER: “NURSID SPRING SCHOOL 2023”
ANEXO XII – CERTIFICADO AUTORA PÓSTER: “XV ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: FAMÍLIAS E MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS”
ANEXO XIII – CERTIFICADO PRELETORA WORKSHOP: “V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, IV CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE FAMILIAR”
ANEXO XIV – CERTIFICADO COMISSÃO ORGANIZADORA: “NURSID SPRING SCHOOL 2023”
ANEXO XV – CERTIFICADO COMISSÃO ORGANIZADORA: “V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, IV CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE FAMILIAR”

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF C e distribuição das inscrições nos CSP	29
FIGURA 2 - Pirâmide Etária dos utentes da lista da enfermeira tutora	29
FIGURA 3 - Genograma família 1 e simbologia	56
FIGURA 4 - Ecomapa família 1 e respetiva legenda de vínculos	57
FIGURA 5 - Genograma família 2 e simbologia	66
FIGURA 6 - Ecomapa família 2 e respetiva legenda de vínculos	68
FIGURA 7 - Genograma família 3 e simbologia	75
FIGURA 8 - Ecomapa família 3 e respetiva legenda de vínculos	76
FIGURA 9 - Genograma família 4 e simbologia	86
FIGURA 10 - Ecomapa família 4 e respetiva legenda de vínculos	87

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das famílias por número de membros/elementos do agregado familiar	
.....	30

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF.....	57
QUADRO 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF.....	68
QUADRO 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF.....	76
QUADRO 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Avaliações por área de atenção nas dimensões avaliativas do MDAIF	96
GRÁFICO 2 – Diagnósticos de Enfermagem nomeados que requereram intervenções por dimensão de avaliação	97
GRÁFICO 3 - Atividades que concretizam as intervenções	97
GRÁFICO 4 - Avaliações por focos de Enfermagem relacionados com autogestão da doença e do regime terapêutico	98
GRÁFICO 5 - Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por foco relacionado com autogestão da doença e do regime terapêutico	99
GRÁFICO 6 - Intervenções por diagnóstico de Enfermagem relacionado com a gestão da doença e do regime terapêutico	99
GRÁFICO 7 - Atividades que concretizam as intervenções face diagnósticos de Enfermagem relacionado com a gestão da doença e do regime terapêutico	100

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolveu-se o presente relatório de estágio que ambiciona evidenciar as competências adquiridas nas unidades curriculares: Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, que decorreu de 27 de abril de 2023 a 30 de junho de 2023, e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, que decorreu de 18 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024. Ambos tiveram lugar na mesma Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte de Portugal que pretendia ser o contexto do aprofundamento e consolidação de competências clínicas diferenciadas e avançadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF).

Na consecução dos objetivos apresentados, considerou-se imprescindível situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, em particular no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), no âmbito do exercício profissional avançado. Para isso, remete-se ao ano de 1979 em que, com intuito de garantir a proteção à saúde, é emitida a Lei nº 56/79, onde é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que visava a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população (Assembleia da República, 1979). Por sua vez, o novo estatuto do SNS, Decreto-Lei (DL) 52/2022, previu a criação de uma Direção Executiva do SNS (DE-SNS) com o intuito de coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde, bem como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, assegurando o seu funcionamento em rede, tendo a mesma assumido funções em 2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2022). O mesmo DL distingue também a função do Ministério da Saúde – ao qual competem, para além da condução da política nacional de saúde, responsabilidades específicas relativas ao SNS, mas não a coordenação operacional das suas respostas; da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – centrada no planeamento e gestão de recursos financeiros, no planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos e na contratação da prestação de cuidados, numa ótica de sistema de saúde; e das Administrações Regionais de Saúde (ARS) – focadas no planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersectorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde

(Presidência do Conselho de Ministros, 2022). Eram unidades de saúde do SNS os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os centros hospitalares, os institutos portugueses de oncologia e as Unidades Locais de Saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo, prevendo o artigo dez do estatuto do SNS que os ACES garantissem a prestação de cuidados de saúde primários e as ULS a prestação integrada de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares (Presidência do Conselho de Ministros, 2022). A sete de novembro de 2023, com o DL 102/2023, inicia-se uma das mais significativas alterações na organização do SNS, com a integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). Mantendo os objetivos traçados para as ULS no novo estatuto do SNS e sendo, por sua vez, extintos os ACES que as passam a constituir (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a).

A reestruturação do SNS num modelo integrado de cuidados promove os CSP como base do sistema reforçando meios e recursos necessários para a sua missão (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). Os CSP continuam a constituir um elemento central do SNS, assumindo funções relevantes no âmbito da continuidade de cuidados, promoção da saúde, prevenção de doença e prestação de cuidados de saúde na proximidade das populações (Ministério da Saúde, 2017). Após a sua reforma em 2005 que vigora até hoje, e no sentido de se cumprir o objetivo de conceber maior qualidade e acessibilidade, alinhada com as orientações técnico-científicas atuais, envolvendo ativamente e satisfazendo todos, usuários e profissionais, surgem, em 2007, as USF (Ministério da Saúde, 2007a; Presidência do Conselho de Ministros, 2005).

As USF foram pela primeira vez concebidas enquanto pequenas unidades funcionais multiprofissionais com autonomia funcional e técnica, com um modelo organizacional leve e flexível onde as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo (Ministério da Saúde, 2007b). A carteira básica de serviços, aplicável a todas as USF, estabelecia e estabelece o núcleo base de serviços clínicos que deviam obrigatoriamente ser contratualizados como fundamentais em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de Enfermagem (Ministério da Saúde, 2007b). Também preconizava e preconiza o horário de funcionamento, a dimensão da lista de utentes e formação contínua (Ministério da Saúde, 2007a, 2007b). Já em 2017, na revisão do DL nº 298/2007 que, por sua vez, definiu pela primeira vez a entidade do Enfermeiro de Família ao atribuir-lhe 300/400 famílias por área geográfica (Ministério da Saúde, 2007a), é publicada, enquanto medida transitória, a obrigatoriedade de possuir título de especialista em ESF para integrar a equipa multiprofissional das USF (Ministério

da Saúde, 2017). Em 2018, é publicado também em Diário da República o perfil de competências do EEECESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No ano de 2023, a obrigatoriedade de ser EEECESF para integrar uma equipa na USF enquanto enfermeiro de família deixa de ter carácter transitório (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b). No DL 103/2023 é também definida enquanto missão da USF a garantia pela centralidade no utente, globalidade, acessibilidade, qualidade, eficiência e continuidade de cuidados ao longo da vida na prestação de cuidados de saúde personalizados a uma população de determinada área geográfica (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). Assim como é alargado o regime remuneratório e de incentivos, previsto anteriormente para as USF modelo B, a todos os profissionais das demais USF, sendo que o compromisso assistencial, constituído pela carteira básica de serviços e, se aplicável, pela carteira adicional de serviços ambas fixadas sob proposta da DE-SNS, é definido e renovável para um período de três anos com possíveis ajustes anuais por meio de carta de compromisso entre a USF e o ACES ou ULS (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b).

Tendo em conta a reorganização do SNS e com foco no desenvolvimento de competências do EEECESF, procurou-se consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito da ESF, a melhor evidência disponível. Para isso, releva concluir uma definição estável, que englobe quer com configurações tradicionais, como menos tradicionais, do principal alvo da prestação de cuidados – família (Figueiredo et al., 2023). De facto, todos encerram em si uma definição própria deste conceito: primeiro todos possuem uma família; segundo é um termo altamente discutido em várias disciplinas do conhecimento, nomeadamente na Enfermagem. Em comum todas as definições acedidas ambicionam englobar o maior número de configurações familiares possíveis, sendo esta tarefa dificultada nas últimas décadas dadas as alterações da sociedade portuguesa (Spínola & Figueiredo, 2023). Família pode ser descrita enquanto unidade sistémica que se organiza numa rede de relações dinâmicas, complexas e contextuais em constante interação com o meio e transformação, realçando-se a sua capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2012). Desta forma, não é possível descrever família apenas com base nos membros que a constituem, visto que a mesma apresenta características que são mais e menos do que a soma das partes (Ferreira et al., 2020).

Cada família possui a sua especificidade, carecendo as famílias com membro portador de doença crónica de um acompanhamento sistemático (Nobre Figueiredo et al., 2023). Por esta razão, ponderou-se sobre o impacto da doença crónica, nomeadamente da Hipertensão Arterial (HTA), na dinâmica familiar com a intenção de aprofundar competências de conceção, gestão e

supervisão de cuidados, em particular aqueles de especial complexidade, no âmbito da ESF. A HTA define-se pela elevação persistente da tensão exercida pelo sangue na passagem pelos vasos sanguíneos, sendo este aumento mensurável em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg (Direção-Geral da Saúde, 2013b; OMS, 2023). De facto, o elevado número de pessoas portadoras de HTA duplicou entre 1990 e 2019 sobretudo por causa do aumento populacional e o envelhecimento (Zhou et al., 2021). Em Portugal, em 2021, um novo pico do índice do envelhecimento foi atingido (INE/PORDATA, 2023b). Por isso, cruzaram-se as variáveis famílias em fase do envelhecimento do ciclo vital familiar (Duvall & Kerckhoff, 1958) e famílias com membros portadores de HTA e desenvolveram-se as atividades alvo de análise crítico reflexiva no presente relatório de estágio intitulado “Avaliação e intervenção familiar em famílias com membro portador de hipertensão arterial - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar”. Sempre na perspetiva da identificação das forças e necessidades das famílias, bem como das suas potencialidades na elaboração de soluções promotoras de mudança no sistema familiar e não descuidando, claro, a descrição do processo de Enfermagem para cada membro da família.

De ressaltar que as atividades desenvolvidas no contexto dos estágios de natureza profissional das unidades curriculares já mencionadas tiveram como intuito colmatar dois grandes objetivos: desenvolver competências para cuidar a família enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e desenvolver competências que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da ESF. A intenção de descrever e analisar essas atividades concretiza-se no presente relatório de estágio que se estrutura da seguinte forma: caracterização do contexto clínico que engloba a descrição do contexto da prática e caracterização das famílias; enquadramento teórico que se inicia no conceito de família passando pela ESF e pelos modelos de avaliação e intervenção familiar e termina na relação entre o EEECESF e as famílias com membro portador de HTA; desenvolvimento das atividades da componente clínica que se desdobra nos dois grandes objetivos supramencionados descrevendo-se para cada o desenvolvido na prática; contributos para o desenvolvimento de competências que colmata a reflexão sobre as práticas com a ponderação sobre o seu impacto no desenvolvimento de competências especializadas em ESF; e conclusão que, além de sumariar o todo apresentado, sintetiza pontos chave.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O presente capítulo debruça-se sobre a descrição do contexto da prática clínica onde se desenvolveram competências com vista a aquisição do título de EEECESF. Para essa descrição foram tidas em linha de conta normas, diretrizes e condições nacionais, regionais, locais e específicas. Por outras palavras, procurou-se descrever o panorama geral do enquadramento das unidades curriculares: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo I e Módulo II até à especificidade da prática efetiva de cuidados no âmbito dos mesmos.

1.1. Descrição do Contexto da Prática

A USF C, unidade tipologia B, foi inaugurada em 2014 e integra uma ULS da região Norte de Portugal. A área de influência desta unidade abrange utentes de cinco freguesias predominantemente rurais, e ainda, residentes fora da área de influência que por decisão pessoal queiram estar inscritos. De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP do SNS, a USF C tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade, sendo, portanto, congruente com a postulada no DL 103/2023 para a generalidade das USF (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). Já por visão, ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação. Contribuindo tanto a missão como a visão para a prestação dos cuidados de saúde de qualidade e diferenciados e para a promoção do posicionamento e articulação na rede SNS, por sua vez missão da ULS que a USF C integra. Também para isso, a última mencionada orienta a sua atividade pelos seguintes valores:

conciliação; cooperação; solidariedade; autonomia; articulação; avaliação; e gestão participativa.

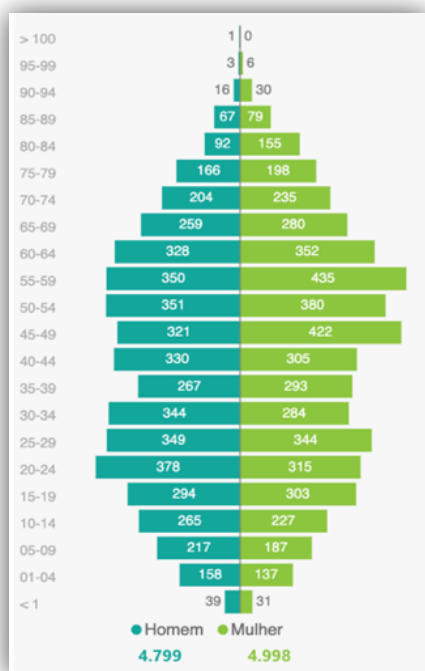
A constituição das USF foi a primeira mudança no terreno e continua atualmente a face mais visível da reforma dos CSP que se iniciou em 2005 (Biscaia & Heleno, 2017; Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). De ressaltar que esta perspetiva da reforma assenta no trabalho de equipas multidisciplinares que autonomamente asseguram a resposta às necessidades de cuidados de Enfermagem e médicos personalizados (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). Em específico a equipa multidisciplinar da USF C é constituída por seis enfermeiros, seis médicos e quatro assistentes técnicos. Salienta-se que quatro dos profissionais de enfermagem são de cuidados gerais, um é especialista em Enfermagem Comunitária e outro é mestre e especialista em Enfermagem Comunitária na área da ESF. Enquanto metodologia de trabalho, a equipa da USF C organiza-se pelo modelo de equipa de saúde familiar/enfermeiro de família, sendo que a cada enfermeiro de família foram atribuídas famílias por área geográfica. O que, segundo os profissionais desta unidade e experiência pessoal durante o estágio, dada a extensa área de atuação, facilita as consultas domiciliárias e permite conhecer a população num determinado território de influência.

Em termos de recursos materiais, a USF C está dividida em dois pisos, o primeiro, reservado aos profissionais e o rés-do-chão com gabinetes para consultas de Enfermagem e médica, entre outros. Tal como previsto no DL 103/2023, a unidade mencionada funciona durante os dias úteis das oito às vinte horas para consultas programadas (não urgentes com data e hora marcada) e não programadas (sem marcação para necessidades urgentes) (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a). De maneira a perceber a qualidade, satisfação dos utentes, equidade no acesso aos cuidados de saúde e distinção com a atribuição de recompensas, a USF C para 2023 construiu, com base na missão dos CSP, Planos de Acompanhamento Interno (PAI) (Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 2008), entre os quais:

- **Qualidade da vigilância das grávidas:** visava melhorar a qualidade da vigilância nas mulheres grávidas sem seguimento na USF, bem como dos registos das mesmas;
- **Qualidade na Vigilância do Utente com HTA:** objetivava aumentar a proporção de utentes com vigilância adequada da HTA e rever e atualizar o procedimento, que integrava o Manual de Procedimentos.

Segundo a plataforma BI-CSP do SNS, a USF C tinha cerca de 9 797 utentes clientes inscritos, estando a pirâmide etária da sua população inscrita representada na seguinte figura:

FIGURA 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF C e distribuição das inscrições nos CSP



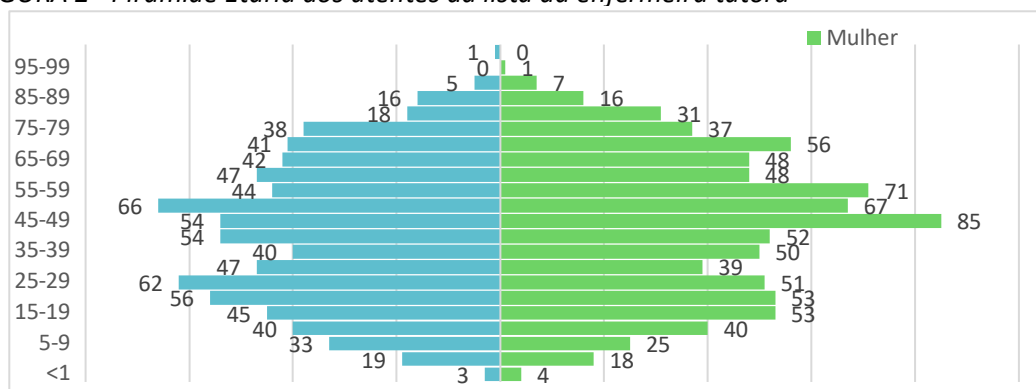
A pirâmide etária dos utentes inscritos caracterizava-se por uma base retraída, acentuada abaixo de um ano, um alargamento do centro médio e superior (mais significativo nesta porção) e uma retração no topo. Não se verificavam assimetrias marcadas ao nível do sexo, ainda que predominasse o sexo feminino, 51,0% (4998). Verificava-se ainda que da população inscrita 18,3% (1791) tinham idade igual ou superior a 65 anos, 73,9% (7237) tinham idades compreendidas entre os 15 e 64 anos e 8,7% (857) tinham idade igual ou inferior a 14 anos. Tornava-se aqui evidente a semelhança com a pirâmide etária de Portugal de 2022, onde se verificava, além da forma idêntica, percentagens por faixa etária pouco

Fonte: Bilhete de Identidade dos CSP

diferentes, 24% da população com idade igual ou superior a 65 anos, 63% entre os 15 e 64 anos e 13% com igual ou menos de 14 anos de idade (INE/PORDATA, 2023c).

Especificamente a lista da enfermeira tutora abrangia 604 famílias, que no seu conjunto integravam 1620 utentes, destes 47,6% (771) eram homens e 52,4% (849) eram mulheres, ou seja, tal como no global da USF não existiam diferenças significativas entre os sexos na lista, ainda que, por ligeira diferença, existisse predominância do sexo feminino, 52,4% (849). Na figura 2 apresenta-se a pirâmide etária da listagem de utentes.

FIGURA 2 - Pirâmide Etária dos utentes da lista da enfermeira tutora



Perante a mesma, percebeu-se que a forma era semelhante à pirâmide etária da USF C e nacional de 2022. Verificava-se que 22,0% (357) tinham mais de 65 anos de idade, 66,7% (1081) apresentavam idades compreendidas entre os 15 e 64 anos e 11,2% (182) tinham menos de 14 anos de idade. Ou seja, a população inscrita na lista da enfermeira tutora apresentava um perfil tendencialmente mais velho, tal como a tendência nacional (INE/PORDATA, 2023c). Via SClínico®, aferiu-se ainda a distribuição das 604 famílias pelo número de membros/elementos do agregado familiar, representando-se esses dados na tabela 1.

TABELA 1: Distribuição das famílias por número de membros/elementos do agregado familiar

Número de membros da família	Número de famílias	Percentagem de famílias
1	157	25,9%
2	147	24,3%
3	151	25,0%
4	101	16,7%
5	33	5,5%
6	11	1,8%
7	3	0,5%
8	1	0,1%

Interpretando os dados apresentados na tabela 1, destacavam-se, pela distribuição mais prevalente, as famílias unipessoais que representavam 25,9% (157) e as famílias constituídas por dois e três membros que em conjunto representavam 49,3% (298) das 604 em estudo. Ou seja, estas constituições, um, dois e três elementos, correspondiam a 75,2% (455) das famílias da enfermeira. Estes dados são congruentes com os Censos 2021 que indicavam que os agregados domésticos privados unipessoais representavam 24,8% do total dos agregados domésticos privados, já os restantes eram constituídos em média por 2,5 pessoas (INE/PORDATA, 2022). Também se destaca a percentagem de famílias constituídas por quatro membros, 16,7% (101), sendo a mesma equiparável aos resultados nacionais de 2021 em que prevaleciam em 14,7% os agregados domésticos privados de quatro elementos (INE/PORDATA, 2022). Nos Censos 2021, ao contrário de anos anteriores em que utilizou a terminologia família clássica, identificaram-se agregados domésticos privados através do reconhecimento de todos os residentes num alojamento no sentido de se coadunar com as recomendações das Nações Unidas e regulamento da União Europeia, e facilitar a apreensão e operacionalização do conceito (INE/PORDATA, 2022).

1.2. Caraterização das famílias

Constando na lista da enfermeira 604 famílias, considerou-se uma amostra acidental ou por conveniência de 60 famílias. Já que existia o limite de tempo imposto pelo fim das horas da componente estágio, selecionou-se o método da amostragem acidental que se caracteriza pela constituição com base na acessibilidade e correspondência aos critérios de inclusão até que se atinja o número de elementos pretendido (Fortin, 2009). Para o efeito, foram consideradas as famílias cujo um membro tivesse ou tivesse tido recentemente consulta de Enfermagem até se atingir as 60 famílias. De facto, não é uma amostra suficientemente representativa, visto que para se obter a mesma não se considerou o cálculo entre o número total de famílias, o nível de confiança, o desvio padrão e a margem de erro (Fortin, 2009). Contudo, percebeu-se ser uma amostra razoável pois coincidiram genericamente alguns dados colhidos com os apresentados para a generalidade da lista, como as idades e os sexos dos membros da família. Definiram-se as variáveis em estudo: composição familiar – inclui a identificação dos membros e datas de nascimento; tipos de família e subsistemas familiares (Figueiredo, 2012); etapas do ciclo vital (Duvall & Kerckhoff, 1958); classe social através da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001); presença de animais domésticos; presença de membro da família dependente no autocuidado; e presença de doença crónica. Colheram-se dados sobre as variáveis via questionários-entrevistas (Fortin, 2009), Anexo I, 90,0% em consulta presencial e 10,0% em consulta não presencial, de acordo com o conveniente para as famílias. Posteriormente, realizou-se o tratamento estatístico descritivo dos resultados, com o objetivo de compreender os dados brutos por meio da sua representação gráfica e da análise da medida de tendência central – média e da medida de dispersão – desvio padrão recorrendo, para isso, ao *Microsoft Excel* (Fortin, 2009).

Verificou-se que as 60 famílias eram constituídas por um total de 164 indivíduos, 58,5% (96) do sexo feminino e 41,5% (68) do sexo masculino, com média de idades de 50,4 anos, com amplitude de idades entre os 0 e os 94 anos e desvio padrão de 24,5 anos. Destes, 37,8% (62) eram idosos, perfazendo 39 famílias com membros com mais de 65 anos, ou seja, 65,0% das famílias. Destas 39 famílias, 20 eram constituídas por mais do que um idoso. Parecem resultados congruentes com os que constam nas figuras 1 e 2, já que as pirâmides representadas nos mesmos apresentam um alargamento do centro médio e superior e também indicam a

predominância do sexo feminino. Quanto ao tipo de família, 65,0% (39) das famílias eram do tipo nuclear; 15,0% (9) alargada; 13,3% (8) unipessoal; 5,0% (3) monoparental e 1,7% (1) institucional. Infelizmente é impossível comparar os últimos dados com os apresentados na tabela 1, uma vez que não se infere a tipologia familiar somente através do número de elementos do agregado familiar. Ainda assim, pode-se afirmar que seguem a tendência nacional visto que, em 2022, 58,0% das famílias portuguesas eram do tipo nuclear (INE/PORDATA, 2023a). Relativamente aos subsistemas familiares, predominou o subsistema conjugal em 31,6% (19) das famílias, seguindo-se o conjugal e parental em 23,3% (14); o conjugal, parental e fraternal em 18,3% (11); parental em 6,7% (4); e parental e fraternal em 1,7% (1); 18,3% (11) das famílias não têm subsistemas familiares (famílias unipessoais e/ou institucionais).

No que diz respeito à classe social, verificou-se que, 65,0% (39) das famílias eram de classe média; seguindo-se com 25,0% (15) a classe média-alta; 6,7% (4) a classe média-baixa; e, por fim, com 1,7% (1) a classe baixa; e 1,7% (1) a classe alta. Se às dificuldades ambientais existentes na zona rural se agregar classes sociais baixas, a liberdade de decisão fica dificultada, a autoestima diminui e a saúde e bem-estar são influenciadas negativamente, já ao somar classes sociais mais altas, o acesso a recursos fica facilitado, assim como é possível a realização de atividades diversificadas que melhoram a qualidade de vida (Brito, 2018). Uma percentagem significativa das famílias (65,0%) era constituída por idosos que habitualmente apresentavam baixos rendimentos (reforma/pensão – grau quatro), baixo nível de instrução (grau quatro ou cinco) e viviam numa área rural, só estas informações poderiam predizer que a classe social das famílias fosse maioritariamente baixa, aspeto que não se verificou talvez por ter sido balanceado pela descrição do local de residência e habitação. Ou seja, mesmo perante famílias maioritariamente com classes sociais superiores, salientam-se aspetos socioeconómicos que podem dificultar o acesso à saúde daí a necessidade da sua discriminação.

No que concerne à etapa do ciclo vital, a 25,0% (15) das famílias não se aplicava por não terem tipologia nuclear. Enquanto 30,0% (18) das famílias encontravam-se na etapa da família em envelhecimento e 21,7% (13) como centro de lançamento. Por sua vez, 10,0% (6) das famílias estavam na meia-idade, 5,0% (3) no início da parentalidade, 5,0% (3) famílias com adolescentes, 1,7% (1) família com crianças em idade pré-escolar e 1,7% (1) família com crianças em idade escolar. As percentagens das etapas do ciclo vital identificadas foram coerentes com a alta prevalência de idosos e também com as percentagens dos subsistemas familiares, com destaque para o claro predomínio do subsistema conjugal.

No que se refere aos membros idosos das 60 famílias, identificou-se que 19,3% (12) eram dependentes no autocuidado, sendo que 66,7% (8) eram totalmente dependentes e 33,3% (4) parcialmente dependentes, segundo o índice de Barthel. Paralelamente acedeu-se aos dados estatísticos nacionais disponíveis, tendo aferido que, no ano de 2022, o índice dependência de idosos nacional era de 37,6% (INE/PORDATA, 2023b). Também se percebeu que a doença crónica mais frequente era a HTA, identificada em 70,0% (42) das famílias, sendo que destas, 40,5% (17) detinham mais do que um membro da família portador de HTA.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo pretende-se em primeiro enquadrar a ESF e em segundo evidenciar a atividade do enfermeiro de família no cuidado a famílias com membro portador de HTA.

2.1. Desde a Família até à Enfermagem de Saúde Familiar (ESF)

Família, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Já segundo o *International Council of Nurses Browser (ICN Browser)* é o

“Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2019).

Na sua complexidade, é o contexto natural para se nascer e crescer numa teia de laços afetivos que, muitas vezes, se traduzem também em laços sanguíneos (Pratas, 2023). Família conhece-se e reconhece-se (Relvas, 1996). Enquanto lugar onde naturalmente se nasce, cresce e morre, o conceito de família parece englobar a possibilidade de no percurso de vida se poder ter mais que uma família (Alarcão, 2000). Podendo ser percebida como o grupo de pessoas que convivem no mesmo lar e estão ligadas por vínculos afetivos possuindo a sua identidade e unicidade (Russell et al., 2018). Ainda que autores como Hennessy e Gladin (2006) associem família ao sistema ou unidade que partilha domicílio, outros como Whall e Fawcett (1991) identificaram a possibilidade de os membros da família não viverem sob o mesmo teto (Hennessy & Gladin, 2006; Whall & Fawcett, 1991).

Talvez concretamente definir família seja mais relevante para os teóricos do que para os membros efetivos da mesma. De facto, o conceito parece ser influenciado por inúmeros fatores (biológicos, sociais, culturais, políticos, entre outros), sendo complicado inferir um construto que não cause dúvidas. Nesta linha de pensamento, surge a definição “família é quem os seus membros dizem ser” (Wright & Leahey, 2002). Contudo, de acordo com a natureza do presente relatório e da própria disciplina de Enfermagem, releva concluir uma definição estável, que englobe quer com configurações tradicionais, como menos tradicionais (Figueiredo et al., 2023). Por isso, baseia-se a mesma no pensamento que, por sua vez, também estão na génese do aqui desenvolvido. Família pode ser descrita então enquanto unidade sistémica que se organiza numa rede de relações dinâmicas, complexas e contextuais em constante interação com o meio e transformação, realçando-se a sua capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2012).

Duvall, que partilhava a perspetiva sistémica sobre a família, acreditava que a mesma se organiza internamente pelas posições e papeis assumidos dos seus membros segundo uma sequência de fases que se sucedem numa progressão fiável – ciclo vital familiar (Duvall & Kerckhoff, 1958). O mesmo autor considerava enquanto fases do ciclo vital familiar: famílias principiantes (casal sem filhos), famílias em idade fértil (do nascimento aos trinta meses do filho mais velho), famílias com crianças em idade pré-escolar (dos dois anos e meio aos seis anos do filho mais velho), famílias com crianças em idade escolar (dos seis aos treze anos do filho mais velho), famílias com adolescentes (dos treze aos dezanove anos do filho mais velho), famílias como centros de lançamento (desde a saída de casa do primeiro filho até à saída do último filho), famílias nos anos intermédios (do ninho vazio até à reforma) e famílias em envelhecimento (da reforma à morte de um ou ambos os cônjuges) (Duvall & Kerckhoff, 1958).

Pensar a família enquanto sistema remete inevitavelmente para a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1977). O autor, nos seus estudos biológicos, percebeu além da importância do funcionamento próprio dos sistemas menores, como o respiratório e circulatório, o impacto da interação entre ambos e com o sistema maior (ser vivo) (Araújo & Gouveia, 2016). Ou seja, além da descrição dos sistemas biológicos, descreveu o funcionamento genérico de qualquer sistema. Bertalanffy (1977) definiu sistema como um complexo de elementos interdependentes em interações múltiplas e dinâmicas influenciadas por um meio exterior, basicamente um todo organizado em que as partes interagem com objetivos comuns (Figueiredo, 2012; Araújo & Gouveia, 2016). Um sistema é constituído por vários elementos que

interagem entre si, através de comportamentos cumulativos, em interdependência. O mesmo pode ser classificado, em aberto e fechado, de acordo com a existência de trocas com o ambiente, *input* e *output*, ou não, respetivamente (Figueiredo, 2012; Araújo & Gouveia, 2016). Um sistema vivo, como a família, é sempre um sistema aberto.

Segundo Wiener (1951) na Teoria da Cibernética, um princípio fundamental no estudo da forma de funcionamento dos sistemas abertos é a compreensão da não serem estáticos e recorrerem a fenómenos de regulação própria e/ou entre outros que implicam, por sua vez, feedback sobre o funcionamento e retroação para a correção dos erros (Figueiredo, 2012). Este aspeto caracteriza na generalidade um sistema aberto denominando-se na cibernética de primeira ordem – autorregulação, e na de segunda ordem – auto-organização. Assim sendo, pensar sistemicamente numa família é considerar que a mesma é capaz de se auto-organizar com vista a um novo equilíbrio dinâmico, através de fenómenos de morfostase (modificar apenas o erro) e morfogénese (modificar o todo, arranjando novas formas de funcionar).

As duas teorias têm enfoque na interação entre as partes do sistema e os demais sistemas, destacando-se enquanto comum o conceito de causalidade circular: o mesmo aspeto pode simultaneamente ser causa e efeito, assim nas interações, um elemento não só suscita como responde ao acontecimento (Figueiredo, 2012). Bertalanffy debruça-se então mais sobre aspetos gerais que caracterizam o sistema, daí o nome da teoria, e Wiener apropria-se e nomeia conceitos fulcrais do funcionamento e evolução do sistema, continuando em aberto a questão da regulação das interações.

Neste âmbito, surge a Teoria da Comunicação Humana de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) que compreende a comunicação enquanto um meio de regulação da interação (Figueiredo, 2012). Os mesmos autores, utilizando a semiótica (teoria geral dos sinais e da linguagem), descrevem a comunicação humana em três dimensões distintas, mas interdependentes: sintaxe (estudo da transmissão da comunicação), semântica (significado dos símbolos) e pragmática (efeitos da comunicação no comportamento) (Luna & Scapini, 2019; Figueiredo, 2023). Desta teoria emergem ao 5 axiomas da comunicação humana: 1) a impossibilidade de não comunicar; 2) toda comunicação tem um nível de conteúdo e um nível de relação, de tal maneira que o último classifica ao primeiro e é, portanto, uma metacomunicação; 3) a natureza de uma relação depende da ordem com que os participantes pontuam as sequências comunicacionais entre eles; 4) os seres humanos comunicam-se digital e analogicamente; e 5) os padrões de interação podem ser simétricos ou complementares.

Da triangulação das três teorias mencionadas, surge o pensamento sistémico (Figueiredo, 2012), pensado por Vasconcellos (2005) enquanto um novo paradigma da ciência que postula a passagem da simplicidade para a complexidade, da estabilidade para a instabilidade e da objetividade para a intersubjetividade (Figueiredo, 2023d). Entenda-se por complexidade que nada é linear, tudo é circular, encare-se a instabilidade enquanto desafio sem o qual não se evolui para um novo equilíbrio e remeta-se a intersubjetividade para a incerteza e impossibilidade de conhecer objetivamente o mundo físico. Nesta linha de pensamento, desponta o reconhecimento pelo multiverso da realidade enquanto postulado que perante a mesma vivência, de acordo com a experiência, perspetiva-se uma determinada realidade que não existe de forma independente da pessoa que a descreve (Maturana & Varela, 1997, 2005). Assim sendo, diferentes realidades não são questionáveis, são de cada um. Junto da família, importa ouvir a história contada por cada membro, de modo a se conhecer a realidade individual, sendo que, em certos casos, se pode validar realidades, sem nunca negar a realidade de alguém, mas sim, ajudando a perceber a realidade de uma forma diferente. Considerar a família um sistema conduz a uma série de outros conceitos estruturantes que procuram nortear a prática em ESF, tais como: equifinalidade: condições iniciais semelhantes não significam resultados iguais para os vários sistemas familiares, assim como condições iniciais diferentes podem significar os mesmos resultados (Maturana & Varela, 2005; Zordan et al., 2012); totalidade: não sumatividade, o todo não é soma das partes, o conjunto das partes estabeleceram interações que definem o todo (Zordan et al., 2012); globalidade: interdependência entre os membros e os seus subsistemas, existindo uma mudança numa das partes, influencia as outras partes; hierarquização sistémica: identifica os membros com mais poder, um membro da família numa posição hierárquica superior tem mais maior poder na família (Zordan et al., 2012), assim na família com filhos pequenos a hierarquização é tendencialmente mais vertical, na família com filhos mais velhos, é tendencialmente mais horizontal.

Enquanto unidade sistémica com funções sociais (Ordem dos Enfermeiros, 2011), a família é também um espaço privilegiado de cuidados e, sobretudo, de saúde (Figueiredo & Martins, 2010). Partindo desta premissa, é-se induzido para um outro conceito relevante – saúde familiar. De facto, se a família é mais do que soma dos seus membros, também a saúde familiar é mais do que a saúde individual (Martins, 2023). São vários os modelos que procuram sustentar a saúde familiar, de modo a facilitar a avaliação e intervenção familiar e também para o desenvolvimento da ESF (Martins, 2023). Assim sendo, o próprio conceito de saúde familiar

tem sido concetualizado de várias perspetivas, a funcionalidade – modelo clínico; a adaptação – modelo adaptativo; o desenvolvimento – modelo de desempenho do papel; e os resultados de saúde do agregado que levam ao bem-estar – modelo eudemonístico (Figueiredo et al., 2023; Hanson, 2005; Martins, 2023).

Para Figueiredo (2012), a saúde familiar pode ser traduzida na capacidade da família iniciar e manter tarefas que permitem a sua funcionalidade como unidade e responder às necessidades individuais dos seus membros, mantendo a sua organização, ainda que com alterações da estrutura. Desta forma, a saúde familiar, integra

“a saúde de cada membro individualmente, bem como os aspetos do funcionamento familiar, de tal forma que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros” (Figueiredo, 2012, p. 68).

Refletir sobre saúde familiar remete para os primórdios da Enfermagem, já que a mesma teve o seu início num espaço muito próprio das famílias – o domicílio. De facto, desde Florence Nightingale que existe a preocupação em integrar a família como foco de cuidados (Figueiredo & Fonseca, 2023). Atualmente, considera-se mesmo que cuidar da família é um dos primordiais interesses da Enfermagem (International Council of Nurses, 2002). A ESF, interpretada por Figueiredo (2012) enquanto área disciplinar com um corpo próprio de conhecimentos, tem vindo a progredir enquanto profissão e disciplina. Ainda assim, verifica-se a divergência entre a teoria e a prática, *theory-practice gap*, já que, ainda que seja notório o desenvolvimento teórico nesta área, continuam a prevalecer as práticas que não reconhecem a família enquanto unidade de cuidados (Silva et al., 2022). Com base na premissa que a prestação de cuidados de ESF tem de ser realizada com convicção e, por isso, sustentada num pensamento abstrato reflexivo, esta lacuna entre a teoria e a prática pode também ser considerada um mito (Pires, 2023).

De facto, o desenvolvimento teórico parece alinhado com as políticas de saúde atuais, como a declaração de Munique e as Metas de Saúde para na Região Europeia, que salientam a importância do estabelecimento de programas e serviços centrados na família (OMS, 2000, 2003; Silva et al., 2022). A nível nacional, com o DL nº 118/2014, também ficou clara a relevância depositada no enquadramento da família enquanto unidade de cuidados, já que ficou delimitado o âmbito das funções do enfermeiro de família, definindo-o como recurso de proximidade responsável pela prestação de cuidados a um número restrito de famílias em todos os contextos comunitários ao nível da prevenção primária, secundária e terciária em complementaridade com os demais profissionais (Ministério da Saúde, 2014). Os cuidados de

Enfermagem centrados na família implicam o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a família e o enfermeiro no sentido da elaboração de mudanças promotoras da saúde, tendo em conta a capacidade autorreguladora da família. O enfermeiro adota uma postura observador-participante no sentido em que desempenha o papel de facilitador da construção de soluções com a família (Ferreira et al., 2020). Esta visão é partilhada por Figueiredo (2012), já que a autora refere enquanto finalidade dos cuidados de Enfermagem à família a capacitação da família, enquanto unidade de cuidados, partindo da maximização do seu potencial de saúde. O papel do enfermeiro enquanto mediador familiar é um recurso relevante das famílias. Contudo, é imprescindível a reflexão das práticas realizadas até ao momento de modo a definir um novo rumo para a profissão de Enfermagem que responda às demandas de saúde atuais, destacando-se neste ponto os modelos da prática profissional (Ribeiro et al., 2016).

Baseados em diferentes teorias, crenças, premissas e hipóteses, algumas destas já exploradas no presente capítulo, surgem o Modelo Calgary de Avaliação da Familiar (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) (Fernandes, 2014). O MCAF apresenta uma estrutura multidimensional composta por três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional; por sua vez, cada uma destas ramifica-se em subcategorias (Wright & Leahey, 2012). Já o MCIF procura intersectar a avaliação familiar e a intervenção proposta pelo enfermeiro em três domínios: cognitivo – elogiar as forças da família e promover a literacia em saúde; afetivo – validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas da doença e estimular o suporte familiar; e comportamental – incentivar os membros da família a serem cuidadores, incentivar o descanso e planear rituais (Wright & Leahey, 2012).

Com fonte teórica no MCAF e MCIF, referencial epistemológico no Pensamento Sistémico, integrando a Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da Comunicação Humana e Cibernética, surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Maria Henriqueta Figueiredo (Ferreira et al., 2020; Pinho et al., 2022). Enquanto referencial teórico e operativo de ESF (Correia et al., 2021), assume a família como cliente e unidade de intervenção promovendo o EEECESF a sua capacitação (Figueiredo, 2022). Apresenta como conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012). Recorrer ao MDAIF implica debruçar sobre três grandes dimensões de avaliação familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O cariz dinâmico e flexível do modelo, garante-lhe uma natureza não rígida que potencia a autonomia do enfermeiro de família, no sentido em que não obriga a avaliação de todas as áreas elencadas e permite a

inclusão de outros focos de atenção considerados pertinentes no cuidar da família e/ou dos seus membros. Ademais, a estrutura operativa possibilita a interligação entre as etapas do processo de enfermagem (Correia et al., 2021), na medida em que, após a identificação das áreas de atenção e avaliação das famílias nas transições ao longo do seu ciclo vital, são estabelecidos critérios de diagnóstico que procuram sustentar o diagnóstico e as intervenções de capacitação dos membros da família (Figueiredo, 2012). De facto, a matriz operativa deste referencial “pretende estabelecer uma estrutura organizativa para as ligações operacionais que conferem o elemento da estabilidade” (Figueiredo, 2012, p. 103). A evidência científica atual na população portuguesa destaca o MDAIF enquanto referencial teórico e operativo (Correia et al., 2021; Ferreira et al., 2020; Pinho et al., 2022). A par deste facto, o MDAIF é reconhecido pelo International Family Nursing Association como um Modelo para a Prática Profissional de Enfermagem com as Famílias (International Family Nursing Association, 2023). Por todos estes motivos, entre panóplia de modelos de avaliação e intervenção familiar, seleccionou-se o MDAIF enquanto instrumento de avaliação e intervenção familiar.

2.2. O EEECESF e as Famílias com Membro Portador de HTA

O recurso a modelos conceituais contextualiza a prática de um enfermeiro com competências avançadas, na medida em que servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de Enfermagem (Figueiredo, 2012). De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN), a Enfermagem de Prática Avançada (EPA) engloba enfermeiros que adquiriram, via formação académica, como mestrado e/ou doutoramento, competências especializadas a nível clínico, de conhecimento e tomada de decisão num contexto específico da prática (International Council Of Nurses, 2020). Com origem nos anos 50 nos Estados Unidos da América, a EPA tem-se vindo a estruturar noutros países enquanto modelo de atuação, exigindo pela sua própria definição a preparação educacional (Bezerril et al., 2018; Neto et al., 2018). Desenvolver competências engloba um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, basicamente abarca um conjunto estruturado de saber-conhecer, saber-fazer, saber-ser e saber-estar em função das características e âmbito de ação (Camelo & Angerami, 2013).

No sentido de dar resposta à demanda do desenvolvimento de competências, em Portugal existem diversas áreas da prática clínica reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que conferem o título de especialista. Neste ponto, salienta-se o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que descreve o enfermeiro especialista como o profissional a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados nas áreas específicas, servindo também enquanto regulador para a certificação de competências e comunicação à sociedade do que esperar destes profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De facto, o desenvolvimento da EPA já evidenciou ter forte impacto na autonomia, credibilidade e afirmação da Enfermagem, sendo também significativa para as populações, devida à garantia da maior cobertura de atendimento com cuidados mais eficientes e redução dos custos específicos para as demandas (Bezerril et al., 2018).

A EPA junto da família enquanto foco de cuidados requer a sua compreensão enquanto unidade de transformação através de um paradigma integrativo que permita o entendimento da sua complexidade e multidimensionalidade ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2012). A OE, confrontada com os avanços teóricos da ESF enquanto campo específico de conhecimento em Enfermagem, emite em 2011 o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo o mesmo publicado em Diário da República a 29 de junho de 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Criando-se em Portugal a Especialidade em Enfermagem Comunitária na área da ESF releva debruçar sobre as competências a desenvolver por estes profissionais (Silva et al., 2022). O foco do EEECESF, enquanto membro da equipa da USF integrada num ACES ou ULS (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a), é a família enquanto unidade de cuidados e os seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e transições, de acordo com o Regulamento nº 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Depois do crescimento que culmina na saída dos filhos de casa dos pais, a família tende a voltar-se para dentro e a contrair no sentido da díade conjugal. Nesse momento, os papéis dos membros do casal alteram-se na procura de um novo equilíbrio dinâmico, resultando numa alteração das relações até então mantidas e nos papéis assumidos (Duvall & Kerckhoff, 1958; Martins, 2018). De novo enquanto par, o casal na fase de ciclo vital familiar de envelhecimento encerra em si um conjunto gigantesco de problemas e oportunidades (Duvall & Kerckhoff, 1958). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável preconizam que no ano 2050 o número de idosos no mundo atingirá 2,1 mil milhões de pessoas (Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento, 2015). Já a nível nacional, a curva do índice de envelhecimento tem mantido tendência ascendente, sendo que, em 2021, atingiu um novo pico, 182,1% (INE/PORDATA, 2023b). Este fenómeno implica novos desafios, nomeadamente a nível da saúde individual e familiar, que devem começar desde já a ser travados (Bungsu et al., 2019). Entre outros, o aumento da longevidade continua a ser diretamente proporcional ao aumento do período de aposentação, que, por sua vez, se inicia cada vez mais tarde, facto que, por si só, tem implicações nas relações familiares e, objetivamente, na relação conjugal (Rebelo, 2023). Quando ambos os membros do casal cessam as suas atividades profissionais são confrontados com a necessidade de encontrar um novo espaço onde se sintam úteis. Este fator pode despoletar alguma fricção relacional, se um dos membros ou os dois tiverem dificuldades em encontrar o seu tempo, espaço e fonte socialização, ou potenciar o fortalecimento das relações, já que alguns casais podem valorizar ter finalmente tempo em conjunto (Rebelo, 2023). De facto, na procura de um novo equilíbrio associado às tarefas da etapa do ciclo vital, as pessoas reformadas tendem a alterar os seus comportamentos de saúde, nomeadamente no regime alimentar e de exercício e na adesão aos cuidados de saúde (Rebelo, 2023). Ainda que ser idoso não signifique estar doente, os dados epidemiológicos continuam a dar conta da maior morbilidade e mortalidade nesta faixa etária, verificando-se em Portugal a prevalência de doenças crónicas em 71,1% da população reformada, habitualmente aqueles com mais de 65 anos (INE, 2022).

A pessoa com doença crónica e a família precisam de um acompanhamento sistemático dada a especificidade das suas necessidades (Nobre Figueiredo et al., 2023), já que, face a situação de doença, a família como um todo é impelida numa série de transformações emocionais e instrumentais que tendem para a solução e mudança necessárias para um novo equilíbrio dinâmico (Ferreira et al., 2020; Dantas et al., 2022). Para isso, a família tende a recorrer aos seus conhecimentos culturais, valores, crenças e práticas para guiar as suas ações (Lopes & Marcon, 2009), visto que a adaptação à condição de saúde envolve também as representações dos membros sobre a doença e o seu papel familiar. Assim, cuidar da família com membros portadores de doença crónica implica um conhecimento amplo sobre o sistema familiar, nomeadamente quanto a crenças, atitudes e valores, e de que forma esses aspetos influenciam as tarefas e os papéis familiares (Silva et al., 2021). Por sua vez, e evidenciando-se o princípio da globalidade, a fase do ciclo vital familiar, o papel desempenhado pelo membro com doença, as implicações e impacto da doença em cada membro e reorganização despoletada pela doença influenciam processo de coping individual (Lopes & Marcon, 2009).

Associada ao envelhecimento, reforma e aumento da prevalência de doenças crónicas também parece estar a duplicação da prevalência da HTA entre 1990 e 2019 (Zhou et al., 2021). De facto, em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), a prevalência de HTA estimada foi de 36,0%, tendo sido mais elevada na população com mais 65 anos de idade (71,3%), destacando-se também o prevaecimento em 65% dos reformados, domésticos ou estudantes (Rodrigues et al., 2018). Tanto a nível nacional, como internacional, a HTA é o fator de risco modificável que mais contribui para a morbimortalidade cardiovascular, apontando as projeções para o ano 2040 que esta posição se mantenha (Capela & Polonia, 2023). De acordo com uma recente revisão sistemática da literatura em Portugal, no século XXI, HTA é o principal fator de risco de mortalidade prevalecendo em 33% da população com idade igual ou superior a 15 anos (Pereira, 2018). Factos preocupantes no contexto português em que as doenças cardiovasculares continuam a constituir a principal causa de mortalidade prematura (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A HTA mantém-se a patologia crónica mais frequente no CSP, sendo o apoio na sua gestão responsabilidade dos profissionais da atenção primária em saúde (Amorim et al., 2019; Zhou et al., 2021; Capela & Polonia, 2023). Elegendo-se a USF como espaço privilegiado para a atuação ao nível dos determinantes da saúde, devido à proximidade com as populações, à resposta personalizada e à facilidade de acesso (Reis et al., 2020). A Direção-Geral da Saúde (DGS), na sua norma 020/2011 atualizada em 19/03/2013, e Organização Mundial da Saúde (OMS) definem HTA enquanto a elevação persistente da tensão exercida pelo sangue na passagem pelos vasos sanguíneos, sendo este aumento mensurável em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg (Direção-Geral da Saúde, 2013b; OMS, 2023). A mesma norma da DGS preconiza que se deve capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre um tratamento adequado e acessível, bem como se deve permitir aos *“familiares serem envolvidos nas decisões sobre os cuidados ao doente e tratamento indicado”* (Direção-Geral da Saúde, 2013b, p. 5).

A maioria das pessoas portadoras de HTA não experienciam qualquer tipo de sintoma, sendo a mesma, por este motivo, muitas vezes encarada como uma *assassina silenciosa* (OMS, 2023; Pereira, 2018). Por tudo isto, releva não descurar a problemática da HTA no âmbito da saúde pública (OMS, 2023). Além disso, em condições assintomáticas, as mudanças inicialmente são praticamente inexistentes, contudo após algum tempo de doença habitualmente é exigido

à família uma reestruturação dos papéis de todos os membros (Lopes & Marcon, 2009). Por isso, é relevante envolver a pessoa e família no processo terapêutico de modo a fomentar a autonomia na gestão da doença e a alcançar os melhores resultados em saúde alicerçados no conhecimento sobre a doença, terapêutica e estilos de vida saudáveis (Nobre Figueiredo et al., 2023). Junto da pessoa idosa e da sua família, os enfermeiros de saúde comunitária desempenham um papel crucial ao constituírem-se enquanto ponte de ligação com redes de apoio social, formais e informais e equipa multidisciplinar e ao envolver todos na capacitação para a autogestão do regime terapêutico (Ribeiro, 2023). Resumidamente, pode dizer-se que o tratamento da HTA assenta na tríade terapêutica: regime medicamentoso, regime alimentar e regime de exercício (Direção-Geral da Saúde, 2013a; OMS, 2023). Realça-se, assim, a importância das medidas não farmacológicas no tratamento da HTA que continuam a passar numa primeira instância pela alteração dos estilos de vida (Direção-Geral da Saúde, 2013a). Estes aspetos influenciam o sistema familiar, já que habitualmente apenas se cozinha uma opção de refeição para todos os membros e é nas interações familiares que se potenciam novas rotinas, como caminhadas ao final do dia. Fundamentalmente para intervir nos fatores de risco modificáveis da HTA é necessário não dissociar a parte (utente) do todo (família), pois só através de relações de reciprocidade e complementaridade é possível alcançar um novo equilíbrio na dinâmica familiar no que concerne aos hábitos diários (Nóbrega & Figueiredo, 2020).

Efetivamente, a família é o principal sistema de apoio no cuidado dos seus membros, inclusive dos idosos com HTA (Harkensia et al., 2022). O controlo de HTA com base em estratégias que perspetivam a avaliação e intervenção familiar tem sido reportado em vários estudos enquanto vantajoso (Lopes & Marcon, 2009; Barreto & Marcon, 2014; Bungsu et al., 2019; Harkensia et al., 2022; Nobre Figueiredo et al., 2023). As pessoas com HTA também relatam o impacto da família no controlo da doença, nomeadamente ao nível da adesão ao regime terapêutico, quer esta influência seja positiva ou negativa, ainda que maioritariamente a família seja descrita como facilitador da adesão ao tratamento (Barreto & Marcon, 2014). De acordo com os achados Harkensia et al. (2022), o apoio familiar no controlo da HTA junto dos idosos inclui recorrer a serviços de saúde tradicionais, passar tempo com eles, permitir que os idosos selecionem livremente as atividades que gostam e priorizar atividades de culto. Barreto & Marcon, p. (2014, p. 46) entendem mesmo que os enfermeiros de ESF face a idosos portadores de HTA podem

“elaborar estratégias de intervenção no acompanhamento a esses indivíduos, incluindo a família como unidade de cuidado e, ainda, corresponsabilizando-a por atividades que envolvem a escolha e o seguimento da terapêutica”.

Perspetiva interessante no sentido em que a ESF integra a saúde de cada membro, tal como a saúde da unidade familiar, incluindo, por isso, a saúde e a doença, o individual e o coletivo (Figueiredo, 2012). Deste modo, o suporte teórico além de fundamental na avaliação e intervenção familiar, também é fulcral na avaliação e intervenção individual. Neste âmbito, e mantendo a intenção de desenvolver competências de EPA, destaca-se a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis et al., 2000). A transição pode ser entendida como um período entre dois estados ou fases relativamente estáveis, o qual é despoletado por eventos críticos e mudanças não só nos indivíduos, mas também nos contextos (Meleis, 2010). A conceptualização de transição proposta foca na compreensão holística das condições que influenciam as experiências de transição dos utentes (Costa, 2016). Como evidenciado e estudado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a natureza das transições compreende tipos, padrões e propriedades (Meleis et al., 2000). Os tipos de transições não são mutuamente exclusivos, podem ocorrer de modo simultâneo ao longo de um período, a nível individual, díade ou familiar (Costa, 2016). As famílias com membros idosos portadores de HTA, são constituídas, muitas vezes, por membros a vivenciar transições múltiplas: de saúde e doença e de desenvolvimento – pelo próprio envelhecimento e condições que dele advém; entre outras.

Articular a Teoria das Transições com o MDAIF durante a prestação de cuidados no Estágio de Natureza Profissional Módulo II poderá traduzir-se em ganhos efetivos de saúde para as famílias. Assim, na perspetiva da identificação das forças e necessidades das famílias, bem como com as suas potencialidades na elaboração de soluções promotoras de mudança no sistema familiar e não descuidando, claro, a descrição do processo de Enfermagem para cada membro da família individualmente, desenvolveu-se o Estágio de Natureza Profissional – Módulo II junto de quatro famílias com membros idosos portadores de HTA.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O EEECESF deve envolver-se de forma ativa e intencional na prática de ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Com esta competência em mente, desenvolveram-se de atividades da componente clínica que se explanam no presente capítulo. Com base nos regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos enfermeiros, 2019), onde são descritas as competências específicas e comuns do EEECESF, foram desenvolvidas atividades que pretendem globalmente a prestação de cuidados à família com membro portador de HTA enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital da família e nos diferentes níveis de prevenção; e também a colaboração e liderança em processos de intervenção no âmbito da ESF. O presente capítulo integra precisamente dois subcapítulos nomeados com base nas duas competências mencionadas.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

De modo a facilitar a compreensão do desenvolvimento da competência prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, assim como as unidades de competência a si associadas no Regulamento nº 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), dividiu-se o subcapítulo na apresentação e explicação dos critérios de inclusão das famílias e a sua justificação, na exposição das ferramentas utilizadas e a sua definição, na descrição das práticas e da reflexão inerente e na apresentação dos resultados.

3.1.1. A Seleção das Famílias

O EEECESF estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas (Ordem dos Enfermeiros, 2018), no aprimoramento desta e das demais unidades de competência considerou-se imperioso definir um conjunto de famílias em específico. Para a seleção das famílias alvo da prestação de cuidados a explanar no presente capítulo, partiu-se das 60 famílias anteriormente caracterizadas. Ainda assim, 70,0% (42) das famílias incluíam um membro portador de HTA e, destas, 40,5% (17) detinham mais do que um membro da família portador de HTA. Tendo em conta a contextualização teórica apresentada no capítulo anterior, afinou-se o número de famílias através dos seguintes critérios de inclusão: famílias em fase de envelhecimento do ciclo vital familiar em que ambos os membros do casal são portadores de HTA. Foram identificadas sete famílias e prestou-se cuidados a quatro.

3.1.2. Os Recursos e Técnicas de Avaliação e Intervenção Familiar

O EEECESF colhe dados pertinentes para o estado de saúde e intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, desenvolvendo a Prática Baseada na Evidência (PBE) (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No aperfeiçoamento destas e das demais unidades de competência relacionadas com o processo de Enfermagem, recorreu-se ao MDAIF que, enquanto referencial teórico em ESF prediz a interligação harmoniosa das etapas do processo de Enfermagem (Correia et al., 2021). De forma a sistematizar a avaliação e intervenção familiar com base no MDAIF, recorreu-se a um documento norteador, Anexo II, onde estão contempladas todas as dimensões com indicação dos critérios de diagnóstico por foco de atenção, assim como um espaço para a fundamentação teórica em cada etapa, ressaltando-se, assim, a consideração pela especificidade de cada família e PBE.

Efetivamente, ao longo da prestação de cuidados às famílias selecionadas foram recrutados vários recursos e técnicas de avaliação e intervenção familiar sistémica. Previsivelmente, reportou-se às inerentes à própria matriz operativa do MDAIF, em específico ao Genograma, Psicofigura de Mitchel, Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.

A representação gráfica de informação sobre a família, oferecida pelo Genograma, facilita a sua visualização em termos de composição, bem como de alguns aspetos próprios da sua complexidade, como problemas de saúde transgeracionais (Figueiredo, 2012). Por este motivo, com cada família desenhou-se o Genograma com quatro gerações dada a relevância de incluir netos, mas também pais e irmãos de cada membro. Além disso, também se integrou a Psicofigura de Mitchel nos Genogramas esboçados, visto que se incluíram as relações intrafamiliares nas figuras (Figueiredo, 2023c). Já o Ecomapa enfoca nas relações e ligações com o contexto externo, sendo que realça a força, impacto e qualidade destas ligações, facilitando por isso o entendimento dos recursos face necessidades familiares (Figueiredo, 2023b) Quanto à Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), adaptada e atualizada em 2001 para a população portuguesa (Amaro, 2001), a mesma foi utilizada com intuito de aceder à classe social da família, no sentido da identificação de situações de risco, tal como das necessidades de alteração a nível dos comportamentos de saúde, sendo para isso relevante a especificação da sua avaliação como se referiu anteriormente (Figueiredo, Rego, & Vitor, 2023). Vários estudos, como o de Correia et al. (2021), Pinho et al. (2022) e Anacleto et al. (2022), enfatizam o recurso a estes instrumentos, já que possibilitam a visualização da estrutura da família, nomeadamente em termos de recursos humanos e materiais.

Sobre a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, considerou-se a sua utilização tendo em conta as famílias selecionadas, já que a mesma relaciona a os eventos de vida potenciadores de stresse/crise do último ano com a probabilidade de desenvolver um problema de saúde, facilitando o planeamento e implementação de intervenções que visam a capacitação da família (Holmes, 1967; Figueiredo, Rego, & Dantas, 2023). Por fim, a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, desenvolvida por Gabriel Smilkstein em 1978 para utilização prioritária em situações como o primeiro contato com a família e/ou de cuidados no domicílio a pessoas com doença crónica ou terminal, foi útil na identificação do grau de funcionalidade familiar percecionado por cada membro da família em determinado momento (Figueiredo, Rego, &

Dantas, 2023a; Smilkstein, 1978, 1984). Nos estudos de Anacleto et al. (2022), Fonseca et al. (2023) e Marques et al. (2023), por exemplo, foi particularmente interessante o recurso a estas escalas na avaliação da funcionalidade familiar junto de famílias com membros portadores de doença.

Destaca-se também a Entrevista Familiar Sistémica (EFS), enquanto metodologia que, além de servir como ferramenta de colheita de dados, é importante no suporte emocional e educacional a famílias (Ferré-Grau, 2023). Dado o relevo, apontam-se os seus princípios: hipotetização – a hipótese, enquanto suposição sem referência à sua veracidade, é o ponto de partida de qualquer entrevista, com base na informação prévia existente sobre a família, o enfermeiro procura direcionar a sua atenção para as áreas de atenção prioritárias e, mesmo que a primeira hipótese não seja verdadeira, parece sempre vantajosa a construção de novas hipóteses, visto que acrescentam novas informações sobre o alvo de cuidados; circularidade – capacidade do enfermeiro de fazer circular a informação entre todos os membros da família com o objetivo de fundamentar ou modificar a hipótese inicialmente criada; e neutralidade – necessidade do enfermeiro de criar alianças com todos os membros da família em simultâneo e da mesma forma sem emitir juízos sobre algum(ns) do(s) membro(s) ou dos seus comportamentos (Figueiredo, 2023e). A EFS deve desenvolver-se em quatro etapas: acolhimento, avaliação, intervenção e avaliação (Wright & Leahey, 2012). Com o intuito de garantir o cumprimento das etapas, todas as consultas foram programadas e planeadas atempadamente, com uma natureza fluída e não rígida, claro, que permitiu a articulação e o desenvolvimento das entrevistas em conformidade com as necessidades e vontades dos membros da família presentes.

No âmago da EFS há que fazer referência às questões lineares, circulares, estratégicas, de escala e reflexivas que foram utilizadas enquanto técnicas transversais de avaliação e intervenção familiar sistémica, visto que fomentam as narrativas dos membros da família fornecendo novas e melhor fundamentadas perceções sobre o todo familiar. Resumidamente auxiliam não só no decorrer da atividade diagnóstica, como também no desenrolar de mudanças que culminam em ganhos em saúde para a família.

O questionamento linear foca-se nas causas e nos problemas orientando linearmente a sua identificação, habitualmente foi utilizado mais no início das consultas com questões como: quem faz o quê, quando faz, porque faz, com quem faz, direcionado a quem, e se o faz sempre (Zordan et al., 2012; Figueiredo, 2023b). As questões estratégicas confrontam a família com os

comportamentos dos seus membros face um problema percecionado com intuito de fomentar novos padrões de resposta (Figueiredo, 2023e). As questões circulares facilitam a confirmação ou refutação das hipóteses iniciais na medida em que permitem a identificação dos padrões que ligam os membros da família (Zordan et al., 2012). Wright e Leahey (2012) destacam quatro tipos de questões circulares: sobre diferenças – reportam-se às diferenças entre as pessoas, crenças ou sentimentos; sobre reações ou comportamentos – os membros colocam-se no papel de observadores dos comportamentos e do seu impacto nos membros; sobre díades ou tríades – debruçam-se sobre as interações entre os membros; e hipotéticas – visam aumentar a perceção dos problemas presentes e sobre o futuro (Figueiredo, 2023e). As perguntas de escala permitem quantificar um problema ou sintoma hipotetizado pela família e as perguntas reflexivas facilitaram a co-construção de novas perspetivas face a hipótese inicial (Figueiredo, 2012).

Já quanto às técnicas específicas do EEECESF mobilizadas enquanto atividades que concretizam as intervenções salientou-se: a metáfora, as abordagens narrativas, a conotação positiva, o reenquadramento e os rituais terapêuticos. A mobilização das técnicas mencionadas fomenta a PBE, já que na literatura se destacam vários exemplos da sua utilização, entre os quais: a metáfora enquanto facilitadora da compreensão dos estádios de mudança comportamental, fomentando a prevenção de recaída no estudo de Policarpo et al. (2019); as abordagens narrativas na promoção da comunicação expressiva de emoções que, por sua vez, conduziu ao aumento da independência no autocuidado de um membro da família no trabalho de Pinho et al. (2022); a conotação positiva, o reenquadramento e os rituais terapêuticos utilizados por Alves & Carvalho (2019) durante a prestação de cuidados a uma família monoparental no âmbito do processo familiar. Posto isto, importa clarificar a definição das técnicas mencionadas, de modo a esclarecer o recurso às mesmas.

A metáfora, amplamente utilizada nas abordagens terapêuticas por Minuchin e Fishman (1981), objetiva a ressignificação de um sintoma familiar com base na sua representação simbólica, tanto como um recurso, mas também como um método de confrontação com o problema (Paschoal & Grandesso, 2014; Figueiredo & Dias, 2023). Utilizadas para ajudar as pessoas a verem as semelhanças entre as suas relações interpessoais e outros eventos, objetos ou situações, levam os membros da família a percecionar os sintomas ou problemas enquanto externos e, desta forma, impulsionam no sentido da procura por novas formas de interpretar as

suas dificuldades (Figueiredo & Dias, 2023b; Paschoal & Grandesso, 2014; Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

As abordagens narrativas, promovem a mudança no funcionamento da família através da perturbação das narrativas dominantes sobre o problema e da construção de novas histórias, ou narrativas alternativas, para significar os eventos de vida (Cesar & Costa, 2018). Importa compreender dois conceitos cruciais desta abordagem: narrativa dominante e narrativa alternativa. A primeira, narrativa dominante, é aquela que suporta o problema, sendo que embora a forma da narrativa possa variar conforme a situação da família, o conteúdo é invariavelmente o mesmo, sendo que este aspeto inviabiliza percursos alternativos (Pinho et al., 2022). A segunda, narrativa alternativa, utiliza elementos da narrativa dominante, mas acrescenta-lhes novas experiências, temas ou interações, conferindo assim um sentido de possível solução ao problema verbalizado pela família (Lion, 2017). Habitualmente, as famílias percecionam como um problema, quando determinada narrativa se torna central e anula aspetos importante da identidade do sistema familiar. A “narrativa problema” supostamente tem como objetivos principais dar sentido e solucionar um problema, contudo, em alguns momentos, passa a regular o sistema familiar, a definir papéis, formatos de interação (Sequeira & Alarcão, 2013). Assim, as abordagens narrativas, recorrendo à externalização – colocar o problema fora da família; questões sobre resultados únicos – encontrar situações em que se venceu o problema; e amplificação da narrativa alternativa – valorizar as exceções; visam a transformação da natureza das histórias e/ou formas de as contar usando para isso a sua força nesse sentido e não na sua manutenção (Figueiredo, 2023a).

Quanto às conotações positivas, as mesmas permitem ao EEECESF qualificar como positivos ou úteis para o funcionamento familiar sintomas considerados pelos membros da família negativos (Zordan et al., 2012). Enquanto orientadoras da ressignificação da situação possibilitam aos membros da família percecionarem comportamentos, outrora disfuncionais, como necessários à manutenção do funcionamento familiar (Figueiredo & Dias, 2023a)

O reenquadramento considera a capacidade de redefinir acontecimentos stressantes de forma mais otimista (Figueiredo et al., 2020). Esta técnica de mudança de segunda ordem é capaz de alterar as regras do funcionamento familiar, já que a nova moldura atribuída ao sintoma negativo promove a alteração das regras e crenças que, por sua vez, não acompanhavam a evolução da família por terem natureza rígida (Ribeiro & Figueiredo, 2023).

Os rituais terapêuticos caracterizam-se pela prescrição de ações nas quais todos os membros da família são levados a participar que visam a mudança das regras do sistema familiar (Zordan et al., 2012). De forma a garantir a intencionalidade terapêutica destas prescrições é necessário descrever com rigor os novos ou redefinidos rituais a implementar pela família, por quem, quando e em que sequência (Figueiredo & Dias, 2023c). De facto, está bem documentada a importância dos rituais terapêuticos pela sua capacidade de intersetar fatores individuais e familiares, ainda que o foco seja os processos familiares como um todo (Matos & Grácio, 2016).

A especificidade de cada família engloba a especificidade de cada membro, destacando-se neste âmbito a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). A prestação de cuidados individual documentou-se no final de cada documento elaborado com recurso ao Anexo II, elencando-se nesse ponto todos os focos de atenção relevantes, enfatizando-se, enquanto comum, a autogestão da HTA. Pela utilidade no desenvolvimento de competências junto das famílias como unidade, ressalva-se ainda a Entrevista Motivacional (EM). A revisão integrativa da literatura de Silva et al. (2022) sobre a aplicação da EM no âmbito da Enfermagem, conclui que o seu recurso é eficaz, sendo importante na prestação de cuidados holísticos que objetivam a autonomia da pessoa e comunidade na transição saúde-doença. De facto, principalmente no âmbito do planeamento e implementação de intervenções a nível individual, fez sentido a sua utilização enquanto estratégia promotora da motivação intrínseca para exploração e resolução de ambivalência para a mudança de estilos de vida, por exemplo (Miller & Rollick, 2002; Ribeiro & Figueiredo, 2023a). Nesse sentido, primeiramente impôs-se a identificação do estágio de mudança em que a pessoa se encontrava, uma vez que foi necessário adequar a EM ao grau de prontidão. Baseou-se essa avaliação no Modelo Transteórico de Mudança Comportamental de Prochaska e DiClemente (1982) que identifica enquanto estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Prochaska & DiClemente, 1982). Para qualquer um destes, a implementação da EM seguiu os cinco princípios orientadores: empatia, desenvolver da discrepância, evitar discussões, trabalhar a resistência e apoiar a autoeficácia (Ribeiro & Figueiredo, 2023a).

3.1.3. A Avaliação e Intervenção Familiar

O EEECESF monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas e facilita a resposta da família em situação de transição complexa (Ordem dos Enfermeiros, 2018), com intenção de desenvolver estas unidades de competência e as anteriores mencionadas ao longo do capítulo, prestou-se cuidados sempre no contexto da USF com a presença de um ou dois membros do casal, sendo que para cada família se ajustou o número de consultas realizadas de acordo com a pertinência e disponibilidade das mesmas e em todas se avaliou a pressão arterial dos membros presentes. Estruturou-se a apresentação da avaliação e intervenção familiar e individual da seguinte forma: descrição do número de consultas e membros da família presentes em cada; exposição da composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos e classe social; explanação da avaliação e intervenção familiar recorrendo à matriz operativa do MDAIF; e narração da avaliação e intervenção individual.

No sentido de utilizar uma linguagem científica e unificada na descrição e documentação dos cuidados prestados foi essencial aceder às taxonomias de enfermagem: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) via ICN *Browser*, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e NANDA da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem. Foi também imprescindível o recurso ao *GenoPro* no desenvolvimento dos Genogramas e Ecomapas, pois permitiu a elaboração de elementos visuais semelhantes quanto à forma facilitando a sua interpretação.

Os cuidados prestados e documentados tiveram sempre por base o respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Efetivamente, o respeito pela dignidade humana estrutura o conjunto de normas jurídicas e regras que regem o estado português, ou seja, contextura o ordenamento jurídico de Portugal, também por isso, é fundamental ao Código Deontológico de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Voltando ao “reino dos fins” proposto por Kant no final do século XIX e, assim sendo, entendendo a pessoa enquanto fim e nunca como meio, a pessoa, tal como a família, é um sistema assente numa realidade dinâmica que encerra em si individualidade,

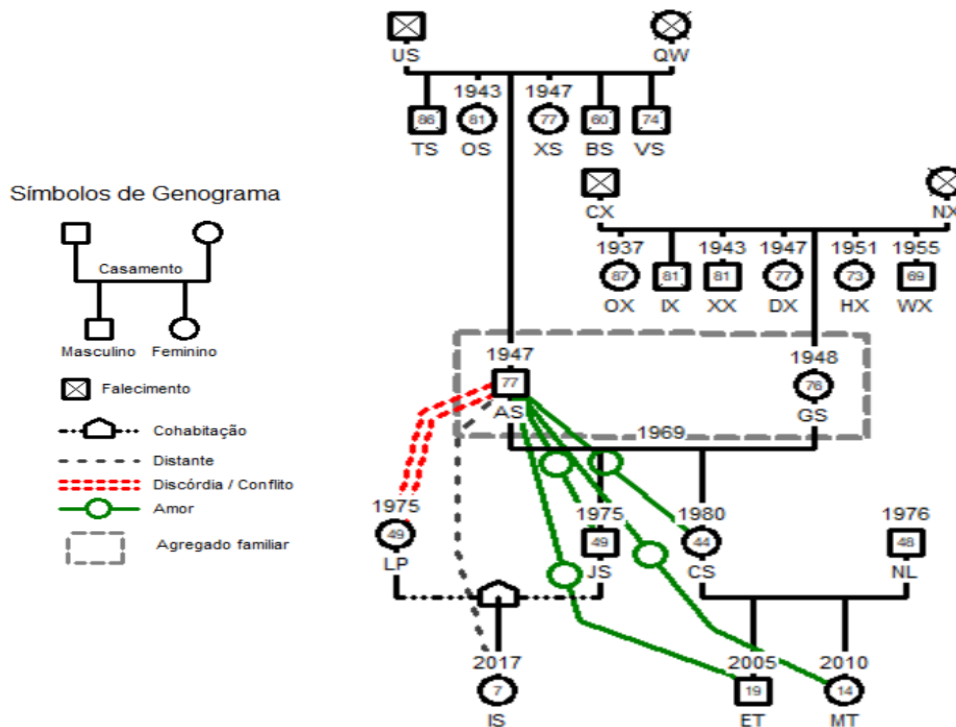
singularidade, consciência, liberdade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Com base nos princípios nomeados, no primeiro contato com as famílias, foi explicado o porquê de naquela consulta e nas seguintes não ser a enfermeira de família a prestar cuidados, tendo-se também aproveitado o primeiro contacto com cada membro da família para obter o consentimento verbal para a documentação nomeadamente no presente documento. Para tal, garantiu-se a confidencialidade e sigilo – as famílias são apenas identificadas de um a quatro e os seus membros por duas letras do alfabeto que podem ou não corresponder às iniciais dos próprios nomes (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Além disso, orientou-se as consultas com as famílias segundo o princípio da beneficência – promoveu-se a saúde familiar -, e o altruísmo e a solidariedade – considerou-se os interesses e objetivos da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Apresenta-se de seguida, numeradas de um a quatro, as quatro famílias.

Família 1

Realizaram-se quatro consultas com a família 1, sendo que em todas apenas esteve presente um dos membros do casal. Ainda assim, tendo em conta o pensamento sistémico, sabe-se que o todo é influenciado pelas partes e, desta maneira, a avaliação e intervenção junto de um membro impele todo o sistema para a mudança ou manutenção. Com recurso a questões lineares, obtiveram-se dados como aqueles já conhecidos apenas pelos critérios de inclusão. Ou seja, a família 1 apresentava tipologia nuclear, estando apenas presente o sistema conjugal e em fase do ciclo vital familiar de envelhecimento. Abaixo encontra-se a figura 3 que ilustra o Genograma desta família com o objetivo de representar as ligações familiares mais significativas, por isso, na lateral encontra-se a legenda do representado.

FIGURA 3 - Genograma família 1 e simbologia

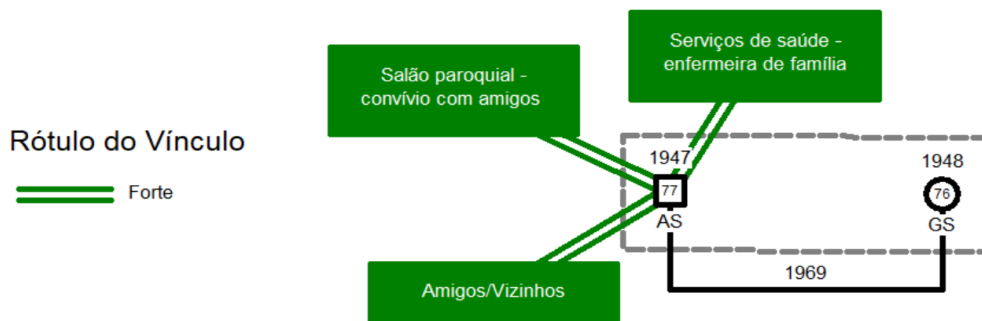


A família 1 era, portanto, constituída por AS e GS, com 77 e 76 anos respetivamente, que estavam casados desde 1969. De facto, AS apresentava HTA e insuficiência venosa e GS era portadora de HTA, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e síndrome vertiginosa. Ambos tinham obesidade, com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. Além disso, salientou-se a relação de amor do AS para com JS, CS, ET e MT com base nas afirmações AS: “os meus filhos, os meus ricos filhos, são tudo, vivi e vivo para vê-los felizes” e AS: “o ET e a MT? É um amor que não se explica, ser avô foi do melhor que me aconteceu”. Já em relação a IS, AS dizia “não está tão perto, não é igual aos outros, gosto muito dela, mas está mais longe e menos comigo”, por isso, caracterizou-se como distante. Por sua vez, a discórdia que mantinha com LP é explorada mais à frente no capítulo.

Também com recurso a questões lineares, percebeu-se que, e na mesma na perspetiva de AS, ambos os membros do casal mantinham contacto pessoal com a família extensa, nomeadamente com os filhos, companheiro da filha e netos ET e MT diariamente, com as principais funções: companhia social, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. No que concerne aos sistemas mais amplos, AS revelou que mantinha um vínculo forte com os amigos/vizinhos visto que, por exemplo, passavam muito tempo juntos na ajuda mútua em atividades agrícolas; serviços de saúde, em que específica a enfermeira de

família; salão paroquial, já que é o ponto de encontro diário para descontraír com os amigos. A intensidade dessas relações está representada no Ecomapa esboçado na figura 4.

FIGURA 4 - Ecomapa família 1 e respetiva legenda de vínculos



Quanto à classe social, tratava-se de uma família de classe média. Para a sua definição, recorreu-se à Escala de Notificação Social (Graffar Adaptada) em que se verificou que a profissão, instrução e origem do rendimento familiar se situam no grau quatro, o tipo de habitação no grau três e o local de residência no grau dois.

Tendo em conta a matriz operativa do MDAIF, avaliaram-se as áreas de atenção e operativas que constam no quadro 1.

QUADRO 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas	
Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento Conhecimento e capacidade de gestão	
	Edifício Residencial	Tipo de habitação Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Precaução de Segurança		Presença de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre barreiras arquitetónicas
			Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
			Presença de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização da rede pública/privada	
	Animal Doméstico	Presença de animal doméstico Conhecimento sobre vacinação e desparasitação	
De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica Comunicação	
		Papel Parental	Conhecimento do papel Comportamentos de adesão
	Funcional	Processo Familiar	Comunicação Coping Familiar Interação de Papéis Relação Dinâmica

Situando-se a origem do rendimento familiar no grau quatro, questionou-se linearmente sobre dificuldades em pagar as contas em algum momento do mês e AS respondeu não sentir constrangimentos financeiros, tendo sempre capacidade económica para suprimir as necessidades familiares. Perante este dado, questionou-se sobre a natureza das necessidades familiares, tendo AS dito “comida, água, luz, gás, os comprimidos, até mesmo os passeios para nos distraímos.” Assim, considerou-se conhecimento e capacidade de gestão dos rendimentos de acordo com as despesas familiares. No que concerne ao edifício residencial, segundo as descrições do AS, o tipo de habitação situava-se no grau três, já que era relatada uma casa bem conservada com os eletrodomésticos essenciais, com água, saneamento básico e eletricidade, boa ventilação e luz natural. Foi impossível avaliar a higiene da habitação uma vez não ter sido realizada nenhuma consulta domiciliar.

Quanto à precaução de segurança, AS e GS adaptaram a casa, passando a morar no piso térreo, de maneira a preparem-se para o dia em que não conseguirem subir escadas, disse AS. Já o aquecimento era garantido pela lareira da cozinha e o abastecimento de gás através de botija, AS possuía conhecimento sobre a utilização de ambos. Por exemplo, sobre as botijas de gás questionou-se sobre a quantidade existente na casa, local e modo de armazenamento, modo de transporte e manutenção e validade das mangueiras.

Relativamente ao sistema de abastecimento de água, era realizado por meio da rede mista, ou seja, pública e privada através do poço, sendo que não utilizam a água da rede privada para consumo, nem para tomar banho, apenas para regar. O casal possuía um gato e um cão, verificando-se que apenas o gato frequenta o interior da casa. Ainda assim, ambos estavam e eram vacinados e desparasitados interna e externamente com a frequência recomendada pelo veterinário que os acompanha.

Resumidamente na dimensão estrutural apenas se identificaram as forças: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado. De facto, todas podiam e deviam ser mobilizadas pela família 1 nas respostas às suas necessidades, visto que, ao influenciarem o acesso ao poder financeiro, bens materiais e outros benefícios, influíam positivamente na qualidade de vida (Brito, 2018). O EEECESF tem um papel relevante, uma vez que promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018), contribuindo para a gestão das condições estruturais enquanto recurso.

Os relacionamentos amorosos são considerados a relação social com mais relevância na idade adulta, relacionando-se a satisfação conjugal com a saúde, bem-estar e qualidade de vida, sobretudo em idosos (Santos et al., 2020). Por este motivo, a satisfação conjugal foi área de interesse na avaliação e intervenção familiar na família 1. Tendo em conta que os sentimentos de proximidade, intimidade, compreensão, apego, autonomia, reconhecimento de que ninguém pode suprir todas as necessidades da outra pessoa e que nenhum relacionamento é livre de problemas que caracterizam a satisfação conjugal (Vieira et al., 2020). Realizaram-se questões lineares: “com quem fala quando está triste ou feliz com uma situação?”, reflexivas: “quando não estão em acordo com alguma situação, como resolvem?” e de escala: “de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito, o quão satisfeito está com a comunicação com a sua esposa?”. AS disse estar satisfeito com a divisão/partilha das tarefas domésticas; com o tempo que passa com o conjugue; com a forma como cada expressa os seus sentimentos; considerava que conversam sobre as expectativas e receios de cada um; que chegavam a acordo quando em discordância; demonstrando estar satisfeito com o padrão de comunicação. Especificamente quanto à interação e função sexual, questionou-se sobre os momentos de intimidade com a esposa, ao que AS respondeu “já não é com antigamente, mais ainda trocamos uns carinhos à noite (...) então se eu for à danceteria chego cheio de “força” e lá nos divertimos”. Como apenas foi possível, estar com AS procurou-se saber a sua perceção sobre a satisfação da esposa, foram realizadas algumas questões circulares como: “como acha que a sua esposa se sente com a divisão de tarefas?” e “como acha que a sua esposa se sente nos momentos de intimidade?”, para todas AS respondeu no sentido da harmonia conjugal.

Quanto ao papel parental, releva compreender que os papéis desenvolvidos entre pais idosos e filhos adultos são interdependentes, complexos e implicam o entendimento da relação parento-filial enquanto construção baseada em trocas contínuas de suporte dos pais para os filhos e vice-versa (Bentes et al., 2021). Assim, o relacionamento com os filhos adultos pode resultar no suporte familiar ou stresse entre os membros dependendo de fatores como afetividade, proximidade e intimidade (Lorena et al., 2017). AS realmente redefiniu a sua relação com os filhos após a saída de casa, revelando satisfação com o contacto que mantinha com os mesmos (como descreveria a sua relação com os seus filhos? AS: “muito boa, com os dois. Eles agora já têm a vida deles e família deles, continuam perto de mim, mas já são independentes.”). De facto, é importante o conhecimento pelo EEECESF da relação entre os membros da família, incluindo-se aqui a extensa, de modo que as suas intervenções favoreçam a relutividade e o bem-estar entre os membros (Sardinha et al., 2022). Neste ponto, verificou-se ainda que AS não

incluía a nora LP na família, não estando satisfeito com a relação que mantinha com a mesma. Realizou-se a questão linear enquanto método para uma resposta objetiva: “o que o leva a dizer que a sua nora não é família?”, obtendo a resposta AS: “eles não são casados, por isso... eles namoraram muitos anos, depois separaram-se, ela casou e divorciou-se... após o divórcio, voltou com o meu filho JS... ele merecia mais! A culpa não é dela, lá no fundo eu sei, mas não consigo olhar para ela bem... e a filha dela (?) linda, não sei se é encomendado pelos pais, mas corre para mim e diz sempre que tem saudades minhas assim que me vê”. Elaborou-se então a questão reflexiva: “a filha da sua nora?”, ao que o AS disse “sim, filha do meu JS, a minha rica neta”. Por fim, realizou-se a questão circular: “a sua esposa relaciona-se com a sua nora?”, cuja resposta foi AS: “a minha esposa nisso é melhor que eu, pensa de maneira diferente, elas dão-se todas muito bem, a minha filha incluída”.

Perante estes dados, nomeou-se o diagnóstico: “Papel Parental Não Adequado Relacionado com Comportamento de Adesão Não Demonstrado Manifestado pela Não Inclusão dos Parentes por Afinidade” (Figueiredo, 2012). Face o mesmo, com o objetivo de determinar evolução dos comportamentos de adesão e promover comportamentos de adesão, planearam-se e executaram-se as intervenções: “Avaliar a Evolução dos Comportamentos de Adesão e Inclusão dos Parentes”, “Incentivar a Comunicação Expressiva de Emoções” e “Facilitar a Comunicação Familiar” (Figueiredo, 2012). Efetivamente, enquanto atividades que concretizam a intervenção, realizaram-se questões reflexivas (“nas vezes em que a sua nora está presente, como se sente?”), de escala (“de 1 a 10, em que 10 é muito desconfortável e 1 é nada desconfortável, o quão desconfortável se sente na presença da sua nora?”) e circulares (“disse-me que a sua nora LP dá-se muito bem com a sua esposa, como se sente com isso?”). Além disso, também se recorreu às técnicas de intervenção familiar sistémica: metáfora e conotação positiva. Enquanto metáfora: “não falar nos nossos sentimentos é como um nevoeiro na nossa vida que só se dissipa com a partilha com quem nos é querido. Por isso, tendo em conta a pessoa alegre que já percebi que é, tenho a certeza que quer o sol de volta na sua casa. Estou certa? Entendo que neste momento não considera a hipótese de falar com a sua nora e que tal falar com o seu filho sobre a sua nora?”. Já como conotação positiva: “já me disse que achava que o seu filho, apesar da sua discordância com a relação, lhe parecia muito feliz com a companheira, certo?”, “dessa relação resultou uma neta para si, certo?”, “já me disse que tinha muito orgulho nessa neta e que até no outro dia correu para si a dizer que tinha saudades suas e que essa situação o tinha deixado feliz, não foi?” e “por isso, acha que podemos dizer que desta relação já resultaram duas coisas muito boas para duas pessoas que ama – o seu filho e a sua neta?”.

Decorrente da implementação das técnicas e entrevista familiar sistêmica, AS conversou com o filho JS sobre a nora e a neta, revelando que o filho ficou feliz por ter dado esse passo e o motivou a tentar, nas palavras do mesmo AS: “com calma e sem pressas, vou ver mais vezes a minha nora e tentar ficar na sala quando ela chega”. Elogiou-se o comportamento de AS, valorizando ter falado com JS sobre os seus sentimentos em relação a LP. Planeou-se para quinta consulta, que não ocorreu, monitorizar a mudança na comunicação familiar principalmente no âmbito da comunicação expressiva de emoções em relação e com LP. Além disso também se programou incentivar e facilitar o alcance de novas estratégias de consolidação de comunicação familiar.

No âmbito da dimensão funcional, percebeu-se que não existia familiar dependente. Além disso, aplicou-se a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, sendo que para isso se leu as 43 mudanças incluídas na escala e questionou-se sobre a sua presença na vida de AS ou da sua família no último ano, tendo-se obtido um score de 12 (Natal). Assim, não se identifica com base na mesma então risco de doença num futuro próximo. Ademais, especificamente para comunicação familiar quanto à comunicação emocional, questionou-se quem na família expressava mais os seus sentimentos, ao que o AS respondeu “a minha esposa, sem dúvida! E eu gosto, eu ouço e ela fala, funcionamos muito bem assim... eu quase sem falar ela sabe o que quero dizer e eu sei sempre o que ela quer”. De modo a tentar compreender a percepção de AS sobre a percepção da GS no âmbito da comunicação emocional, elaborou-se a questão circular e reflexiva: “como acha que a sua esposa se sente por expressar mais o que sente do que você?”, ao que o AS respondeu “ai sente-se bem, já há muitos anos que estamos habituados assim, por acaso nunca foi discussão isso (...) é assim que eu sou e ela gosta e habituou-se a mim assim”. Por sua vez, para a comunicação verbal e não verbal, questionou-se “acha que tanto você como a sua esposa são claros quando falam um com o outro, ou seja, cada um entende de forma clara o que o outro diz?” e, para a comunicação circular, elaborou-se a questão “que impacto tem em si quando a sua esposa lhe diz algo menos positivo sobre si ou sobre a vossa vida enquanto casal?”, tendo AS respondido à última questão AS: “claro que sabe mal, quem disser o contrário está a mentir... mas é necessário, se estamos juntos há tanto tempo é por não deixarmos nada por dizer também”.

Quanto ao coping familiar, percebeu-se que habitualmente era GS que tinha iniciativa para resolver os problemas, para isso, normalmente procurava discuti-los em casal. AS considerava que ambos estão satisfeitos com esta maneira de lidar com as situações porque

resultava e, por esta razão, revelava não sentir necessidade de recorrer a recursos externos. De facto, os conflitos são construtivos se possibilitam ouvir as opiniões e os compromissos do parceiro acerca da situação, com respeito pelas diferenças e compreendendo que nem sempre as desavenças serão resolvidas imediatamente (Vieira et al., 2020). Quando questionado quanto a experiências anteriores de resolução de problemas, AS mencionou “olhe quando foram as partilhas do meu pai, não foi fácil, essas coisas dão sempre problemas, mas ela não saiu do meu lado, ajudou-me a resolver com tempo e a verdade é que agora está tudo bem”.

Quanto aos papéis familiares, de acordo com a literatura acedida, o âmbito social em que os idosos atuais cresceram prediz a manutenção de responsabilidade emocional pelos relacionamentos familiares e a gestão das relações de intimidade junto das mulheres, ficando para elas o papel de parente, recreativo e doméstico (Lorena et al., 2017). Já os homens esperam permanecer na posição de chefes e de norteadores do comportamento familiar, ou seja, com o papel de provedor e gestão financeira (Lorena et al., 2017). Na perspetiva de AS, o próprio tinha o papel de provedor e recreativo, GS desempenhava o papel de cuidado doméstico e parente e ambos o papel de gestão financeira, existindo consenso e não conflito ou saturação de papel.

Sobre a relação dinâmica, AS não identificava um elemento com maior ou menor poder no casal, existindo união e satisfação com a forma como era manifestada essa união por parte de AS. Para avaliação da funcionalidade familiar na perspetiva de AS, recorreu-se à Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, sendo que o mesmo classificou todas as afirmações “quase sempre” à exceção da seguinte: “acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida” que pontua com “algumas vezes”. Quando questionado sobre o motivo da classificação, AS respondeu “eu não quero começar nada novo ou mudar alguma coisa, por isso é que disse às vezes”; sendo que se questionou sobre a reação da esposa quando quis mudar, ao que AS disse “bem... sempre estive a meu lado em tudo”. Deste modo, na perceção de AS a família 1 era altamente funcional.

Em suma, apenas estando presente um dos membros são poucas as forças a identificar objetivamente nesta família, contudo tendo em conta a perspetiva sistémica algumas hipóteses podem ser elencadas no âmbito das dimensões estrutural e funcional. As mesmas podem e demonstraram ser importantes na mobilização de recursos na procura de um novo equilíbrio dinâmico no que diz respeito ao papel parental.

O EEECESF também se foca na saúde individual. No que diz respeito à autogestão da doença, avaliou-se o peso e altura de AS, verificando-se que apresentava 120kg e altura 178cm,

o que se traduz num Índice de Massa Corporal (IMC) = 37,8kg/m², nomeando-se o diagnóstico: excesso de peso que, segundo o ICN *Browser*, se define:

“peso comprometido: condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10 a 20 por cento acima do peso ideal; aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício” (International Council of Nurses, 2019).

Pela definição, conhecimento sobre AS e avaliação nos restantes focos de atenção, inerentes ao regime terapêutico, considerou-se que as intervenções implementadas e descritas de seguida respondem à necessidade identificada. Atentou-se também sobre a autogestão do regime terapêutico que comporta vertentes farmacológicas e não farmacológicas essenciais ao tratamento ou prevenção da doença e à preservação ou recuperação da autonomia e de autogestão da HTA (Gonçalves, 2019). Focou-se na autogestão, em detrimento de somente na adesão ao tratamento sugerido, uma vez que se considerou que a mesma remete para um comportamento do autocuidado refletido e consciente que deve ser gerido e mantido pela pessoa com apoio da família e do enfermeiro (Ribeiro, 2023).

Por isso, avaliou-se a pressão sanguínea, sendo 145/86 mmHg a melhor avaliação de três na primeira consulta. Nesse momento, debruçou-se sobre a HTA enquanto foco de atenção definido no ICN *Browser* como *“Processo do sistema circulatório comprometido: bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal”* (International Council of Nurses, 2019). Verificou-se que AS tinha conhecimento sobre HTA e complicações da mesma (AS: “sei que é a pressão do sangue muito alta (...) posso ter um enfarte ou mesmo AVC por causa dela”), capacidade para vigiar pressão sanguínea (AS: “comprei na farmácia o aparelho para medir, quando a enfermeira vê que está muito alta, ando a ver em casa uns dias e depois trago-lhe os valores... às vezes está alta mas é por vir aqui, em casa estão bem”) e atribuía-lhe um significado não dificultador (AS: “se tiver cuidado... não comer exagerado, fazer umas caminhadas... não morro disto”). Planeou-se e implementou-se, com o objetivo de determinar a evolução, a intervenção “Avaliar Evolução da Pressão Sanguínea”, tendo-se obtido os dados de pressão sanguínea 137/78mmHg e 135/70mmHg.

No foco de atenção autogestão do regime terapêutico, englobou-se o regime medicamentoso, alimentar e de exercício. A autogestão do regime medicamentoso nos idosos pode ser complexa, primeiro porque são quem mais recorre a medicamentos diariamente, segundo pois têm habitualmente associado alterações fisiológicas da idade, declínio cognitivo e

diminuição dos estímulos neuro-sensoriais (Ribeiro, 2023). Assim sendo, questionou-se “qual a sua medicação habitual?”, “quem prepara a medicação para tomar?”, “para que serve cada medicamento?”, “em que horário deve tomar cada medicamento?”, “como deve tomar cada medicamento?”, “onde guarda os medicamentos?” e “já se esqueceu de tomar a medicação?”. AS identificou cada um dos fármacos, sendo capaz de referir a finalidade, horário, via e forma de administração de cada um; acrescentou que nunca se esqueceu, pois preparava ao domingo para a semana toda e deixava na mesinha cabeceira. Conclui-se existir conhecimento e capacidade sobre autogestão do regime medicamentoso.

Relativamente ao regime de exercício, perguntou-se sobre a realização de caminhadas, ao que AS respondeu negativamente, disse AS: “as minhas pernas não me permitem, eu bem tento às vezes ir até ao campo ao lado de minha casa às ovelhas, mas custa muito!”; além disso, realizaram-se as questões “se a distância do campo fosse mais curta, acha que conseguia?”, ao que AS consentiu, e “acha importante fazer caminhadas?”, obtendo-se a resposta AS: “claro que sim! (...) para diminuir a barriga e baixar as tensões era o ideal”. AS é portador de insuficiência venosa. Nomeou-se, portanto, o diagnóstico: “Autogestão do Regime de Exercício Comprometida”, face ao mesmo, com o objetivo de determinar a evolução da autogestão do regime de exercício, planeou-se a intervenção: “Avaliar Evolução do Conhecimento sobre Gestão do Regime de Exercício”, já com o objetivo de promover a autogestão do regime de exercício, planeou-se “Ensinar sobre Gestão do Regime de Exercício”, “Ensinar sobre Intensidade e Duração do Exercício Físico” e “Ensinar sobre Exercícios Desaconselhados” (Butcher et al., 2018; International Council of Nurses, 2019). Em conjunto com AS e na implementação das intervenções descritas, delineou-se, traçando um ritual terapêutico em papel, a estratégia para caminhar até ao campo de ovelhas, sendo que na quarta consulta, AS reportou ter ido diariamente a caminhar até lá (cerca de dez minutos), para isso mencionou ter seguido o planeado que, resumidamente, passou por após chegar lá, parar e descansar, voltando apenas depois de se sentir novamente com energia, revelou-se satisfeito com a solução para fazer caminhadas. Tendo em conta que apenas passou um mês entre a implementação das intervenções e avaliação das mesmas, optou-se por não mudar o juízo do diagnóstico. Elogiou-se o sucesso no caminho para a alteração do estilo de vida.

Sobre o regime dietético, AS revelou “eu como muito, sei que devia comer menos... temos muitos lanches do salão paroquial (...) depois de jantar vou ao café do salão e muitas vezes lá vai mais uma patanisca ou rissol”, sobre a sua rotina alimentar, descreveu AS: “como 5

vezes ao dia, o pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e petisco no café”, AS contornou várias vezes as questões realizadas com o intuito de conhecer a qualidade dos alimentos das suas refeições. Questionou-se sobre o impacto da alimentação na HTA, sendo que AS disse “tem, mas a minha esposa usa pouco sal (...) os fritos que como depois a medicação compensa... por isso é que a médica às vezes a altera”; também se perguntou sobre a ingestão de líquidos tendo AS revelado beber 1,5L de água por dia e um copo de vinho ao almoço e jantar. De facto, AS não equaciona a mudança do regime dietético, AS: “não é agora que vou mudar alguma coisa, sabe-me tão bem comer”, e racionaliza de maneira a evitar a confrontação com a necessidade de mudança, AS: “o que a comida tinha para fazer mal já fez”, considerou-se, por isso, estar no estágio de mudança pré-contemplação (Prochaska & DiClemente, 1982). Nomeou-se o diagnóstico: “Significado Atribuído ao Regime Dietético Dificultador”, sendo que com o objetivo de determinar evolução do significado e promover desequilíbrio entre posições ambivalentes, se planeou as intervenções “Avaliar Evolução do Significado Atribuído ao Regime Dietético” e “Assistir Cliente a Analisar o Significado Dificultador” (Butcher et al., 2018; International Council of Nurses, 2019). Implementou-se enquanto atividades que concretizam a última intervenção mencionada escutar criticamente (“entendo que considera já ser tarde para mudar a sua alimentação, lembro-me de ter dito que alterar a medicação compensa os fritos, por isso, entende que a alimentação no dia a dia prejudica a sua tensão arterial e, por isso, precisa de ajustar medicamentos?”), concordar com AS mas introduzir alguma mudança (“tem de aproveitar tudo o que vida tem para lhe oferecer e se mudar a sua alimentação lhe oferecesse mais tempo para aproveitar porque, por exemplo, vem menos ao centro de saúde alterar a medicação?”), enfatizar a liberdade e o controlo de AS (“eu apenas gostaria que escolhesse o que entender ser melhor para si”) e normalizar o significado. Obteve-se como resultado AS: “sei que tem razão e se quisesse mudava a minha alimentação, até bastava não comer no café, mas não quero fazer isso (risos)”. Na última consulta procurou-se abordar novamente o tema, contudo AS várias vezes salientou o facto de ter atingido os objetivos que havia estabelecido na consulta anterior no âmbito do papel parental e do regime de exercício, considerou-se por isso prioritário elogiar e incentivar a mudança quanto à ação no caso do papel parental e à manutenção no regime de exercício (Prochaska & DiClemente, 1982).

Dada a impossibilidade de se concretizar pelo termo da componente clínica, ficou apenas planeada para a quinta consulta a avaliação dos resultados face as intervenções implementadas perante os diagnósticos nomeados. Tendo em conta que são diagnósticos cuja resolução passa por mudanças nos hábitos de vida diária contínuas e duradouras, além de se

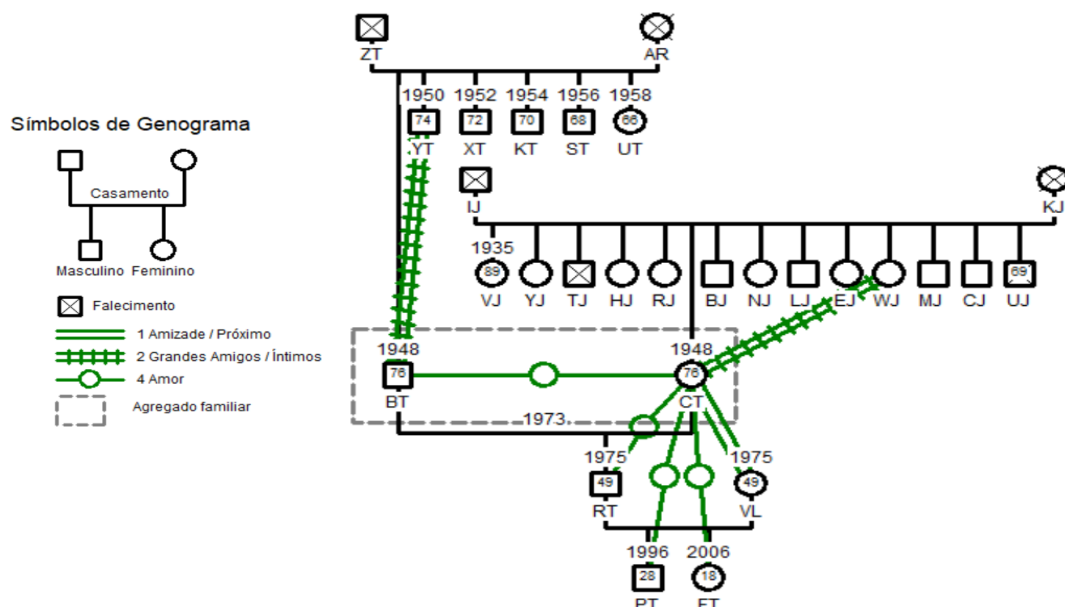
registrar em sistema de informação, partilhou-se com a enfermeira de família os resultados alcançados e os traçados para o futuro de maneira a garantir a continuidade de cuidados.

A descrição da prestação de cuidados à família 1 distingue-se das seguintes, já que foi a única em que apenas se esteve com um membro da família. De facto, decorrente da avaliação junto de um membro da família nomearam-se forças e diagnósticos, planearam-se e implementaram-se intervenções e obtiveram-se resultados na família como um todo, nomeadamente no âmbito do papel parental. Em contrapartida, e para fomentar a PBE, considera-se também imprescindível envolver a família na resolução de necessidades individuais como as identificadas.

Família 2

Realizaram-se três consultas com a família 2 na USF C, na primeira apenas esteve presente um membro e nas subsequentes esteve o casal. No âmbito da dimensão estrutural, elaborou-se o genograma da família 2.

FIGURA 5 - Genograma família 2 e simbologia



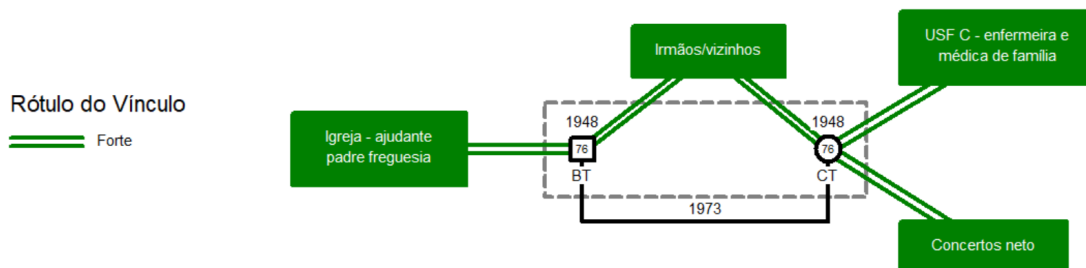
Interpretando a figura 5, tratava-se, portanto, de uma família nuclear em fase de envelhecimento no ciclo vital familiar, estando patente o subsistema conjugal. Verificava-se que a família 2 era constituída por BT e CT, ambos com 76 anos de idade, casados desde 1973. BT tinha HTA, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência respiratória, enquanto CT era portadora de

HTA, neoplasia maligna da mama, bronquite crónica, osteoporose e ansiedade. Salientou-se o vínculo de amor que unia BT e CT com base em afirmações como CT: “já não existem amores como o nosso (...) no casamento dissemos no bom e no mau, e foi fácil... com ele até o mau é mais fácil” e BT: “é uma vida, eu escolhi-a e voltava a escolher 30 vezes”. Também se salientaram as relações de amor entre CT e RT, CT e PT e CT e FT, CT: “o meu filho e os meus netos só me trouxeram coisas boas, enche-me tanto o coração estar com eles”; e de amizade com VL, CT: “a minha nora tornou-se uma amiga mesmo, falo imenso com ela”. Quando questionados sobre a família de origem, destacaram a relação de grande amizade/íntima que mantinha com um irmão em específico cada um, no caso BT com YT (BT: “damo-nos todos muito bem, mas desde sempre fui eu e ele”) e CT e WJ (CT: “é minha vizinha, lembro-me do dia em que nasceu, desde aí que somos uma para a outra”).

Indubitavelmente, os filhos passam a representar uma importante fonte de apoio emocional e instrumental para os pais mais velhos (Bentes et al., 2021). Além disso, as relações com os netos tendem a ser emocionalmente mais próximas e satisfatórias, se existir interação com os avós frequente (Lorena et al., 2017). Questionou-se linearmente sobre o contacto com a família extensa e os objetivos do mesmo, tendo-se percebido que o casal mantinha contacto pessoal diário com o filho, nora e netos, com as principais funções: companhia social, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço, e com os irmãos, na sua maioria vizinhos, também contactavam diariamente com o objetivo de companhia e regulação social. Sobre os sistemas mais amplos, CT destacou os concertos do neto, já que iam em família partilhar o orgulho que sentiam, a USF C, em específico a médica e enfermeira de família, e os irmãos/vizinhos, já BT mencionou a igreja, onde participava ativamente ajudando o padre da freguesia, e os irmãos/vizinhos, estando a intensidade dessas relações representada no ecomapa ilustrado de seguida na figura 6.

Relativamente à classe social, a família 2 era de classe média, segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado). De facto, a instrução, profissão e origem do rendimento familiar situavam-se no grau quatro, o tipo de habitação no grau três e o local de

FIGURA 6 - Ecomapa família 2 e respetiva legenda de vínculos



residência no grau dois.

No quadro 2 constam as áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas na família 2 da matriz operativo do MDAIF.

QUADRO 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas	
Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento Conhecimento e capacidade de gestão	
	Edifício Residencial	Tipo de habitação Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Precaução de Segurança		Presença de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre estratégias de adaptação
			Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
			Presença de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização da rede pública/privada	
	Animal Doméstico	Presença de animal doméstico Conhecimento sobre vacinação e desparasitação	
De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica Comunicação	
	Papel Parental	Conhecimento do papel Comportamentos de adesão	
		Funcional	Processo Familiar
Coping Familiar			
Interação de Papéis			
Relação Dinâmica			

Os membros do casal estavam reformados, por isso, a origem do rendimento familiar situava-se no grau quatro, sendo que se verificou que o casal apresentava conhecimento e capacidade de gestão dos rendimentos de acordo com as despesas familiares, CT: “sempre nos soubemos gerir, mesmo quando havia pouco, nunca faltou nada em casa”. O edifício residencial de acordo com a descrição de CT situava-se no grau três. Novamente, e dada a impossibilidade de visita domiciliar, não se ajuizou quanto à higiene da habitação.

No que diz respeito à precaução de segurança, o casal vivia numa casa com dois andares, contudo dividiram a casa com o filho, ficando o mesmo com o primeiro andar e eles no piso térreo, quando questionada sobre a motivação para esta decisão, CT respondeu: “essa decisão foi tomada há cerca de 25 anos, apesar de na mesma casa, queríamos que fosse bem dividido... são casas independentes (...) já a pensar no futuro em que podemos não conseguir subir escadas”. Sobre a existência de tapetes em casa, CT referiu “temos um tapete por divisão mais ou menos (...) tem daquela “cola” que adere ao chão e não sai do sítio”. Verificou-se conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas. Especificamente sobre o aquecimento, BT mencionou a lareira, quando se questionou sobre os cuidados com a gestão da lareira, referiu BT: “o homem vai lá sempre no verão limpar a chaminé todos os anos, assim não há aquele fumo em casa que faz tão mal... olhe bem que até uso luva para apanhar a lenha do barraco e levar para casa (risos)”, considerando-se conhecimento demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento. Quanto ao abastecimento de gás, apresentavam botija em casa, dizendo sobre o local onde as guardava, BT: “em casa, no anexo cimentado ao lado da casa”, em relação às mangueiras, BT: “o meu filho troca quando acaba a validade” e a forma de transporte, BT: “também é o meu filho que traz na carrinha (...) já vi e vem sempre “em pé”; considerou-se conhecimento demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás.

Sobre o sistema de abastecimento de água, o casal referia ser através da rede pública e não beber água de rede privada. Por sua vez, quando à animal doméstico, possuíam um gato que frequentava o interior da habitação estando vacinado e desparasitado de acordo com o indicado pelo veterinário.

A colheita de dados na dimensão estrutural foi deveras relevante no sentido do estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, visto ter sido o primeiro passo da conceção de um plano de ação com esse fim, sendo determinante o reforço os pontos fortes da família no âmbito da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim sendo, Rendimento

Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado foram as forças identificadas na família 2 no âmbito desta dimensão.

Quanto à satisfação conjugal, recorrendo a perguntas lineares e circulares, abordou-se esta área junto de CT. Habitualmente, as mulheres percebem menos os benefícios adquiridos no casamento e apresentam uma sobrecarga de tarefas, o que pode resultar numa diminuição da felicidade e senso de completude (Lorena et al., 2017). CT revelou estar satisfeita com a divisão/partilha das tarefas domésticas – CT: “sou eu que faço quase tudo, sempre fui doméstica, gosto de ter tudo arranjadinho para ele (...) da vida de fora, o campo, não me preocupo com nada, é ele que faz tudo”; com o tempo que passava com o conjugue – CT: “agora estamos sempre juntos, é muito bom!”; com a forma como cada um expressava os seus sentimentos – questionou-se “como se sente quando o BT partilha consigo o que está a sentir?”, obtendo a resposta CT: “bem! Ele nunca me escondeu nada, se está triste, zangado ou feliz, ele diz e ainda bem”; considerava que conversavam sobre as expectativas e receios de cada um – CT: “falamos de tudo, já são mais de 50 anos juntos, passamos pelo bom e mau lado a lado”; que chegavam a acordo quando em discordância – CT: “não discutimos nunca, às vezes lá temos um desentendimento, mas é para resolver”; demonstrando estar satisfeita com o padrão de comunicação.

Junto da BT e na presença da CT, abordou-se novamente a área da satisfação conjugal, foram realizadas várias questões, entre as quais reflexivas: “como se sente relativamente às tarefas domésticas?”; lineares: “quando está chateado ou preocupado, fala abertamente com a sua esposa sobre isso?”; e circulares “depois de conversarem sobre os desentendimentos, como acha que a sua esposa se sente?”. Os dados colhidos vão de encontro aos achados da literatura, realmente a satisfação conjugal caracteriza-se também pelo reconhecimento de que ninguém suprime todas as necessidades da outra pessoa (BT: “é excelente ter mais tempo com ela, mas também gosto muito de jogos e isso é mais com os meus netos”) e que nenhum relacionamento é livre de problemas (BT: “desentendimentos são normais, é a conversar que se resolvem sempre as coisas”), além claro dos importantes sentimentos de proximidade, intimidade, compreensão, apego e autonomia (BT: “acho que é a maneira que a faz sentir bem e, por isso, é a melhor maneira”) (Vieira et al., 2020). Também neste contacto procurou-se abordar o tema da interação e função sexual, já que a sexualidade está presente em todas as fases da vida e o tempo não dessexualiza a pessoa idosa (Oliveira et al., 2021). Contudo CT mencionou não se

sentir confortável com a temática, sendo que considerava estar tudo bem nessa área, por sua vez BT consentiu não verbalmente. A sexualidade nesta faixa etária mantém-se como um tabu, existindo preconceitos muitas vezes por se considerar os idosos assexuados, assim sendo, os profissionais de saúde devem potenciar a qualidade de vida dos idosos preparando-se nas áreas: expressão sexual, disfunção sexual, identidade e estigma, comprometimento cognitivo, capacidade de consentimento e comportamentos sexuais inapropriados (Cavalcante et al., 2020). Esta preparação foi tida em consideração, ainda que em tempo útil não se tenham obtido resultados nesta família.

Ao longo do ciclo vital familiar, os idosos envolvem-se e consideram mais importantes e significativos os subsistemas conjugal e parental, sendo a relação com os filhos adultos complexa e, por vezes, fonte de sentimentos ambivalentes para os pais (Lorena et al., 2017). O maior envolvimento entre filhos adultos e pais idosos, que geralmente se associa ao avançar da idade, proporciona segurança, união e sentimento de pertença (Bentes et al., 2021). No que concerne ao papel parental, realizou-se, entre outras, a questão de escala “de 1 a 10, em que 10 é muito satisfeito e 1 é nada satisfeito, o quão satisfeitos estão com o tempo que passam com o filho, nora e netos?”, ao que BT respondeu “10, é o suficiente, eles têm a vida deles (...) fazem questão de todos os dias nos perguntar se estamos bem e se precisamos de alguma coisa” e CT “10 também, eles são muito queridos e interessados”; as questões circulares “disse-me que o BT gosta de convidar o seu filho e a família dele para piqueniques, como se sente com isso?”, sendo que CT respondeu “muito bem, é tão bom passarmos tempo juntos, no dia a dia nem sempre é possível”; e reflexivas “também me disse que normalmente é com a sua nora que prepara a comida para os piqueniques, com se sente nesses momentos?”, CT: “bem, gostamos as duas da cozinha e dá sempre para pôr a conversa em dia”; e “falou-me nos concertos do seu neto e de assistir com a sua neta, como se sente nesses dias?”, BT: “é uma alegria e um orgulho para nós”.

Na dimensão de desenvolvimento, nomearam-se as forças Satisfação Conjugal Mantida e Papel Parental Adequado. Pensa-se que o feedback sistemático centrado nos pontos fortes, que deve ser próprio da atividade do EEECESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018), ajudou a família a sentir-se confortável na partilha da sua história, aspeto muito importante também no decorrer da atividade diagnóstica nas áreas de atenção que se seguem.

No âmbito da dimensão funcional, percebeu-se que não existe membro da família dependente. Para além disso, sobre a comunicação familiar, questionou-se quem tinha mais facilidade em partilhar o que está a sentir, percebendo que ambos os membros do casal

identificaram BT, perguntou-se como a mesma se sentia em relação a isso, pela sua resposta e comunicação não verbal de CT, percebeu-se que os dois valorizavam este aspeto, questionou-se também “quando falam um com o outro, acontece não entenderem o que um quer dizer?” ao que BT respondeu “até quando ela não fala entendo o que quer dizer!” e CT acrescentou “sim, mas também não somos de andar com muitas coisas, somos diretos e sinceros”. Relativamente à resolução de problemas, linearmente questionou-se quem tinha iniciativa de os resolver e ambos nomearam CT, sendo mencionado por BT a importância disso, também se realizou a questão reflexiva “voltando ao momento do diagnóstico da neoplasia maligna da mama que identificaram como uma fase difícil para a família, como ultrapassaram?”, CT: “foi difícil para mim que sou ansiosa... foi mesmo, andava triste e não sabia como contar ao meu filho, foi ele (marido) e a minha irmã que me ajudaram (...) ele acompanhou-me a todas as consultas, tratamentos e fez-me sempre acreditar que ia ficar bem e a verdade é que estou” e BT acrescentou “tem de ser, temos de ser fortes um pelo outro (...) para mim também foi difícil, os netos, o filho e o meu irmão ajudaram a acreditar que ia correr bem, nunca estivemos sozinhos”, perante a última resposta, seguiu-se a elaboração da questão linear “é habitual outros familiares, como os vossos irmãos e filho, ajudarem a resolver fases difíceis?” ao que CT respondeu “não, mas toda a família sentiu muito a minha dor nesse momento”, BT adiantou “normalmente resolvemos bem sozinhos, como ainda há uns tempos ela andava mal da perna porque tinha uma ferida e eu em casa desenrasquei tudo porque sei que ela se sentia mal e andava triste se não estivesse arrumado”, CT: “foi mesmo, ajudou muito!”. Verificou-se que efetivamente o casamento deste casal representava-se como um mecanismo protetor para cada membro, no sentido em que fornece suporte emocional, estimula hábitos de vida saudável e auxilia no enfrentamento de experiências negativas (Vieira et al., 2020). Assim, e tendo em conta todas as entrevistas, considerou-se comunicação e coping familiar eficaz.

Constatou-se a existência de fortes laços emocionais e padrões de comunicação adequados nesta díade conjugal, sendo também importante para a manutenção da satisfação e funcionalidade a capacidade de alterarem a estrutura de poder, papéis e regras de seu relacionamento diante de crises e ao longo do ciclo vital familiar (Vieira et al., 2020). Posto isto, e quanto aos papéis familiares, percebeu-se com base em questões lineares que BT sempre teve o papel de provedor e recreativo, por sua vez, CT tinha o papel de cuidado doméstico e de parente e ambos o papel de gestão financeira, existindo consenso e não conflito ou saturação de papel. Além disso, o casal não identificou um membro com mais poder, nem a existência de alianças, existindo união e satisfação com a forma como é manifestada essa união (BT: “em casa

mandamos os dois e só os dois”). E também se percebeu, até por trechos do discurso já aqui documentados, que facilmente os membros do casal se adaptavam quanto à estrutura de poder e papéis familiares de acordo com as necessidades da família. Sobre a coesão e adaptabilidade familiar, aplicou-se a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, quer BT, como CT no preenchimento individual da escala classificaram todas as afirmações em “quase sempre”, ou seja, percecionavam a sua família como altamente funcional. Identificou-se então interação de papéis eficaz e não conflitual e relação dinâmica funcional.

O equilíbrio na dinâmica familiar pode ser fator protetor ao aparecimento de doenças crónicas, necessidade de prolongamento de cuidados, dificuldade de adaptação às mudanças e outros fatores indutores de stresse familiar, assim, o cuidado à família e idoso deve estar inserido no âmbito da promoção à saúde (Sardinha et al., 2022). Sendo imprescindível ao bem-estar na vida adulta a construção de relacionamentos baseados em interações afetuosas e de estima na família (Bentes et al., 2021), na dimensão funcional nomeou-se a força Processo Familiar Funcional.

Com foco na promoção da saúde face a HTA, atentou-se sobre os focos: autogestão da doença e autogestão do regime terapêutico junto de cada membro do casal. Face ao primeiro, avaliou-se o peso, altura, perímetro abdominal, pressão arterial, conhecimento e capacidade, BT pesava 79kg, tinha a altura de 169cm e, por isso, o IMC: 25,8 kg/m², apresentava 99cm de perímetro abdominal e pressão arterial de 145/70mmHg (melhor de três avaliações). Face ao valor da pressão arterial, BT mencionou “já se notou os rojões de ontem”, ao que se questionou “o que o leva a dizer isso?”, BT afirmou então “estavam bem apurados, sabe? Já sei que se comer muito dessas coisas a tensão sobe”, pelo que se perguntou “e o que sabe mais sobre a tensão?”, BT: “que é o sangue a passar nos vasos com força a mais (...) sei bem que posso ter um AVC ou enfarte se andar descontrolado por isso é que tenho cuidado”, elaborou-se então a questão reflexiva “que cuidados?”, BT: “tomo sempre a medicação direitinha, evito comer salgados ou outras porcarias e bebo muita água e faço sempre a minha caminhada com a minha mulher que agora também já pode”. Na exploração da área de atenção autogestão do regime terapêutico, nomeadamente quanto à compressão do rigor da execução do regime medicamentoso, qualidade da alimentação e exercício realizado, percebeu-se que BT efetivamente tinha conhecimento e capacidade de autogestão do regime terapêutico.

Por sua vez, decorrente da atividade diagnóstica desenvolvida na área de atenção autogestão da doença, verificou-se que CT pesava 60kg, media 155cm de altura, logo, um IMC

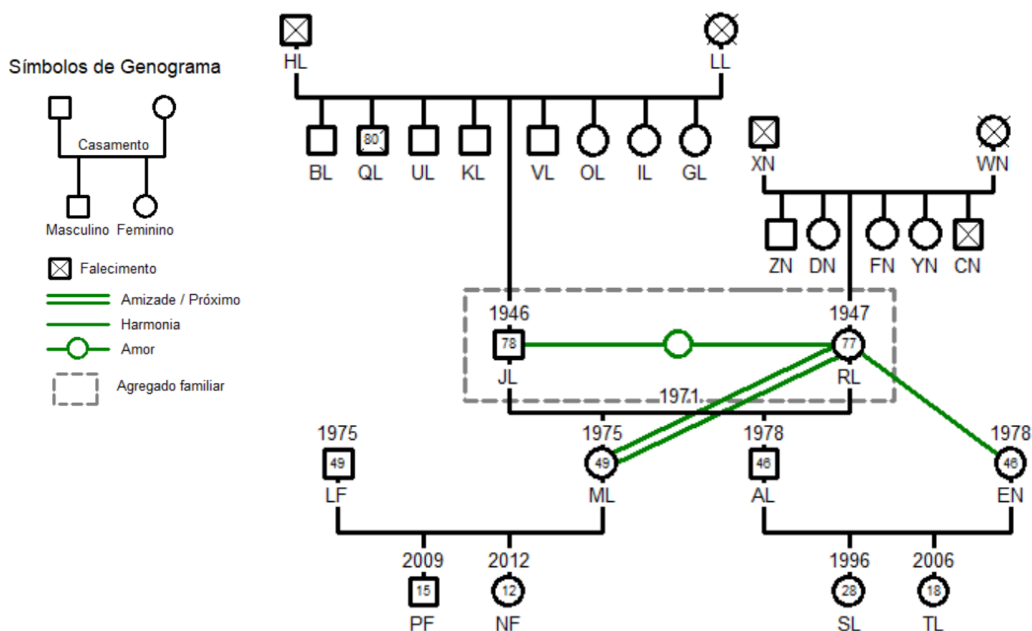
de 24,9 kg/m², apresentava 83 cm de perímetro abdominal e pressão arterial de 140/70mmHg. Tal como o marido, CT demonstrou conhecimento e capacidade de autogestão da doença. Quanto à autogestão do regime terapêutico, também se verificou ser efetiva. Os valores de tensão arterial dos membros do casal não variaram significativamente ao longo das consultas.

Na família 2 não se identificaram necessidades em Enfermagem, contudo a atividade diagnóstica desenvolvida permitiu a identificação de forças e a potenciação das mesmas enquanto recurso. Para isso, foi fundamental escutar, elogiar e incentivar o casal quando os mesmos verbalizavam a importância do equilíbrio de áreas da dinâmica familiar face transições acidentais, por exemplo.

Família 3

Realizaram-se quatro consultas com a família 3. Nas duas primeiras e última apenas esteve presente um dos membros e no terceiro estiveram ambos os membros do casal. Tratava-se, portanto, de uma família nuclear na fase do envelhecimento do ciclo vital familiar, estando presente o subsistema conjugal. Abaixo encontra-se a figura 7 ilustrativa da composição familiar representada pelo genograma.

FIGURA 7 - Genograma família 3 e simbologia

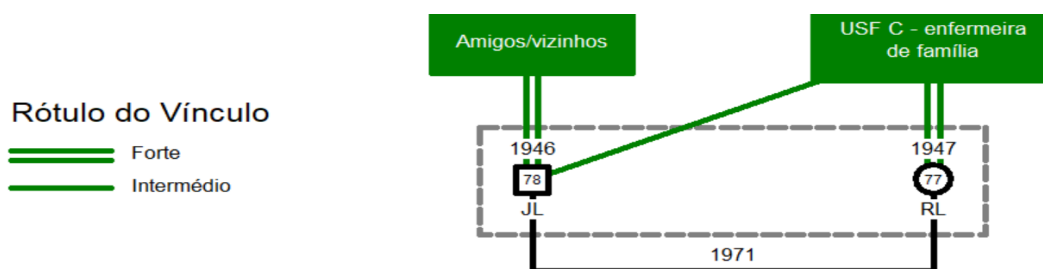


Verifica-se que a família 3 era constituída por JL e RL, o primeiro com 78 anos de idade e a segunda com 77 anos de idade, casados desde 1971. JL tinha HTA, enquanto RL era portadora de HTA, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência venosa e ansiedade. Como JL referiu relativamente à relação com a esposa: “sempre soube que um dia ia casar e ter filhos com ela, mas nunca pensei que o amor continuasse a crescer tanto (risos)” e RL em relação ao marido: “ai agora é que é bom, tempo para nós, eu cuido dele e ele de mim”, caracterizou-se o vínculo entre JL e RL como amor. Além disso, RL mantinha uma relação próxima com ML, realçando “a minha filha é a minha principal conselheira, gosto de a ouvir e falar com ela do dia à dia”, sobre EN, RL disse “a minha nora faz questão de ligar já que não podemos ver-nos mais vezes, dá notícias das meninas e do meu filho, sabe bem”. Ainda relativamente à família extensa, ao questionar-se RL sobre o contacto com os filhos e netos, esta respondeu que a filha e a sua família se encontravam emigrados na França e, por isso, lhes ligava quase todos os dias com o objetivo de companhia social e guia cognitivo e conselhos; já com intenção de regulação social e ajuda material e de serviço recorria ao filho e a sua família quinzenalmente. Ademais, realizou-se a questão circular “acha que o seu marido valoriza os contactos telefónicos e pessoais com os filhos e netos?”, obtendo a resposta RL: “claro (...) para ele não podia mesmo ser de outra maneira”. JL validou estes dados na terceira consulta.

Sobre os sistemas mais amplos, as intensidades dos vínculos encontram-se no ecomapa apresentado na figura 8. RL destacou a USF C e, em particular, a enfermeira de família que, nas palavras da mesma: “ajuda-me muito, mais do que me fazer os tratamentos, sinto-me bem à

beira dela”. Em concordância, JL salientou também a enfermeira de família, por ajudar tanto a esposa e também pela disponibilidade, traduzida pelas palavras de JL: “sei que basta vir cá, tem sempre a porta aberta, é muito bom”, e os amigos/vizinhos, visto que quando não estava com a família, gostava muito de passar tempo com eles.

FIGURA 8 - Ecomapa família 3 e respetiva legenda de vínculos



No que concerne à classe social, segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), tratava-se de um casal de classe média, já que ambos foram pequenos agricultores, tinham um nível de instrução igual a quatro anos, a origem de rendimentos era a reforma, o tipo de habitação era um andar em bom estado de conservação e local de residência era um bom local. Estes dados foram relevantes também no âmbito da avaliação da dimensão estrutural, sendo que antes da sua apresentação se destacam, recorrendo ao quadro 3, as áreas de atenção e operativas avaliadas na família 3 por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF.

QUADRO 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas		
Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento Conhecimento e capacidade de gestão		
	Edifício Residencial	Tipo de habitação Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro		
	Precaução de Segurança		Presença de barreiras arquitetónicas Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização Presença de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização	
			Abastecimento de Água	Utilização da rede pública/privada
			Animal Doméstico	Presença de animal doméstico
	De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica Comunicação	
			Papel Parental	Conhecimento do papel Comportamentos de adesão
Funcional		Processo Familiar	Comunicação Coping Familiar Interação de Papéis	

Na área de atenção rendimento familiar especificamente sobre a sua gestão, RL mencionou “sempre nos soubemos orientar, nunca faltou nada (...) mesmo agora com as obras no prédio, pagamos mais condomínio e continuamos a dar conta de tudo”, revelando conhecimento e capacidade de gestão dos rendimentos de acordo com as despesas familiares. Sobre edifício residencial, realizou-se a questão linear “que obras no prédio?” e reflexiva “está a pagar mais condomínio por causa de obras, acha que essas obras são importantes para manter o edifício mais seguro?”, RL mencionou serem obras na fachada do prédio e nos elevadores, frisou considerá-las importantes principalmente quanto aos elevadores que tanto utilizava. Como não foi realizada nenhuma consulta no contexto do domicílio, não se ajuizou sobre a higiene da habitação. Especificamente ao nível da precaução de segurança, apenas se verificou enquanto barreira arquitetónica a existência de escadas no prédio, porém o prédio tinha elevador que o casal usava. Como sistema de aquecimento, RL mencionou um aquecedor elétrico que raramente utilizava, ainda assim sabia os cuidados a ter na utilização do mesmo. Sobre o abastecimento de gás, o casal recorria a botija. Com base em perguntas semelhantes às realizadas nas famílias 1 e 2, como quanto ao local de armazenamento e modo de transporte, verificou-se que sabiam as normas de segurança da sua utilização, manutenção e transporte. Acerca do sistema de abastecimento de água, realizaram-se novamente questões lineares, tendo-se concluído que o recorriam à rede pública para o seu abastecimento e tratamento e não consumiam água da rede privada. Por sua vez, quanto ao ambiente biológico, não existia animal doméstico.

Incidu-se sobre a estrutura da família, com a descrição da sua composição, identificação dos vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos e aspetos específicos do contexto ambiental com o objetivo de identificar riscos (Figueiredo, 2012) ou espaços de oportunidade de saúde e também porque é o primeiro critério de avaliação da segunda unidade de competência do EEECESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Identificaram-se especificamente as forças Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado. Ao longo da colheita de dados nestas áreas de atenção, algumas hipóteses sobre a dinâmica do casal começaram a ser elencadas, já que o EEECESF integra também informação das interações familiares observadas e da comunicação verbal e não-verbal (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estava-se perante um casamento que durava há 53 anos, tentou-se compreender as evoluções pessoais e enquanto díade conjugal no sentido de decifrar possíveis necessidades

quanto ao prazer e satisfação de continuar a conviver (Vieira et al., 2020). Junto apenas de RL, pois apenas estava ela presente nas duas primeiras consultas, a atividade diagnóstica na área de atenção satisfação conjugal foram questões lineares (“disse-me que é quem trata da higiene da habitação, e as restantes tarefas como cozinhar?” e “está satisfeita com esta forma de divisão?”) e de escala (“de 1 a 10, em que 10 é muito satisfeita e 1 é nada satisfeita, o quão satisfeita está com o tempo que passa com o seu marido?”) na dimensão operativa relação dinâmica, e reflexivas (“quando discordam, como caracteriza a forma como lidam enquanto casal com essa situação?”) e circulares (“acha que o seu marido também se sente satisfeito com a forma como comunicam?”) na dimensão operativa comunicação. Obtiveram-se enquanto respostas, RL: “lidas da casa sou eu... ele ajuda com a mesa e assim (...) Sim, estou satisfeita... toda a vida funcionou bem (...) 10. Agora é só tempo a dois, é muito bom! (...) Lidamos bem, as coisas resolvem-se a falar (...) Eu acho que sim, também já são muitos anos. Fomos moldando-nos um ao outro e agora é fácil de falar”. Ainda na mesma área, recorreu-se maioritariamente ao questionamento circular e linear junto de JL, na presença de RL, nomeadamente sobre a sua satisfação e perceção quanto à satisfação de RL com a divisão de tarefas domésticas, comunicação do casal, tempo que passam juntos e partilha de receios e expectativas entre o casal. JL respondeu indo ao encontro do que a esposa tinha partilhado na consulta anterior, de facto é a esposa que se encarrega com a maioria das tarefas domésticas, contudo RL contribui, nas palavras do mesmo, RL: “com aquilo que sabe”, principalmente na cozinha, sendo ele que levanta a mesa, enxagua a loiça e leva o lixo à rua; no fim ambos mencionaram sentir-se bem com esta dinâmica, com a forma como comunicavam um com o outro sobre tudo e consideravam o tempo que passavam juntos suficiente. Procurou-se abordar a função e interação sexual, uma vez que a sexualidade permanece essencial à qualidade de vida de muitos adultos mais velhos (Oliveira et al., 2021). Contudo, ambos os membros do casal apresentaram-se bastante introvertidos, desviando o olhar e com dificuldade em articular uma resposta, não permitindo debruçar sobre essa temática, ainda que se tenha investido na normalização da manutenção da atividade sexual durante a terceira idade e focalizado na premissa que todos devem ser esclarecidos quanto às alterações fisiológicas e patológicas, bem como nas estratégias adaptativas para que não se prejudique o prazer sexual e as relações afetivas (Cavalcante et al., 2020).

Tal como a relação conjugal, a relação entre pais e filhos carece muitas vezes de interpretação no contexto das vias complexas caminhadas por ambos (Bentes et al., 2021). Assim, no que diz respeito ao papel parental, recorreu-se ao questionamento reflexivo “tendo

em conta que a vossa filha e netos estão na França, como se sentem com a relação que têm com eles atualmente?”, RL disse “bem, tiveram de ir para procurar uma vida melhor (...) eles são sempre nossos, longe ou perto”, já JL “claro que não é igual, mas tem de ser (...) foram bem-criados e agora bem criam... tenho uns ricos netos!”. Além disso, mencionou JL: “o meu filho estar mais perto é ótimo, assim vejo mais os netos e o seu crescimento” e RL: “claro que eles também têm a vida deles, mas fazem questão de nos visitar e estar connosco nem que seja ao telefone quando não podem vir mais vezes lá a casa” quando lhes foi perguntado “o vosso filho está mais perto, como é a relação com ele e, por sua vez, com os seus filhos (vossos netos)?”. Ainda sobre os netos, RL afirmou “o tempo passa rápido, uma já fala em casar! É uma alegria estar com eles”, concluindo JL “é mesmo, têm sempre coisas para contar”. Sobre os parentes por afinidade, questionou-se “e em relação à vossa nora?”, pelo RL respondeu “sempre nos entendemos bem” e JL concordou, “é boa mulher e mãe” disse, sobre o genro, JL referiu ainda “mesmo longe está sempre disponível, impecável mesmo”, acrescentado RL “a minha filha não podia ter arranjado melhor”, ambos os membros do casal responderam “10” às perguntas de escala sobre os parentes por afinidade: “De 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito(a) e 10 muito satisfeito(a), o quão satisfeito(a) está com a relação que mantém com a sua nora/genro?”. Observou-se então a redefinição das relações com os filhos – relações adulto-adulto, inclusão na família dos parentes por afinidade e netos, satisfação com o contacto mantido, satisfação com a relação mantida com o filhos e companheiros do filhos e consenso, não conflito ou saturação do papel (Figueiredo, 2012).

Compreender os fenómenos associados ao crescimento da família, com base no reconhecimento das etapas do ciclo vital familiar e simultaneamente da especificidade e unicidade da família, foi apenas possível através da avaliação da dimensão de desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Tendo sido a mesma indispensável na identificação das forças Satisfação Conjugal Mantida e Papel Parental Adequado imprescindíveis enquanto recursos para a família, tal como se percebe de seguida.

Aquando da avaliação da dimensão funcional, percebeu-se que a família 3 não apresentava nenhum membro dependente no autocuidado. Quanto aos papéis familiares, RL identificou-se no papel doméstico, partilhou ser ela a tratar da higiene do apartamento, uma vez que era quem mais valorizava a manutenção do seu bom aspeto, acrescentou ainda que agora dividia as tarefas pelos dias da semana de maneira a conseguir fazer tudo; recreativo e parente e ao marido atribuiu o papel de provedor e de gestão financeira. Percebeu-se que JL

concordava com a atribuição destes papéis. Garantiu-se também junto do casal o consenso e não saturação e conflito de algum papel.

Na segunda consulta, e, portanto, na presença apenas de RL, sobre a comunicação e coping familiar realizaram-se as questões reflexivas sobre a percepção de facilidade em ser compreendida e compreender o marido, obtendo as respostas RL: “acho que sim (...) não costumamos ter problemas ou daquelas discussões de quem terá dito o que...”, face a mesma, devolveu-se “quando têm discussões é sobre o que então?”, RL: “sobre o dia a dia, se comemos em casa, se venho a pé ao tratamento e por aí”, questionou-se “e como resolvem?”, “conversando (...) A maioria das vezes é o meu marido que vem conversar, mas também sei dar o braço a torcer e tentar resolver”, por fim abordou-se a satisfação com a forma de resolver situações com uma questão de escala, obtendo como resposta “10 (muito satisfeita)”. Aproveitou-se ainda para questionar sobre experiências anteriores positivas de resolução de problemas, tendo RL mencionado várias, entre as quais quando se reformaram e não sabiam o que fazer com o tempo livre. Quando questionada sobre o recurso a outras pessoas na resolução de problemas, RL mencionou “neste momento, a minha filha está assim no meio de uma pequena chatice nossa. Eu quero ir à França vê-la de avião porque já não vou lá há alguns anos, mas o meu marido não quer ir de avião, quer ir de camioneta... mas as minhas pernas não aguentam mais tanto tempo... então ela está a tentar convencer o pai, vamos ver”. Achou-se importante focar neste tema realizando questões reflexivas sobre a satisfação com o envolvimento da filha na solução de problemas, percebendo que RL se sentia bem, pois via a filha com uma aliada (“ela concorda sempre comigo e apoia-me e eu a ela”).

Acreditando na possibilidade dos conflitos se tornarem construtivos se assentes na partilha de opiniões e compromissos do parceiro acerca da situação, entendendo as diferenças e assumindo que nem sempre as desavenças serão resolvidas imediatamente (Vieira et al., 2020), na terceira consulta começou-se por entender a percepção de JL sobre a aliança entre a esposa e filha e a influência da vontade de RL nele, ou seja, atentou-se junto do casal sobre a influência e poder e alianças e uniões. Percebeu-se que JL interpretava a aliança mencionada, nas palavras do mesmo, enquanto JL: “normal entre mãe e filha, é bonito de se ver o quão uma pela outra são”, além disso afirmou JL: “sinto-me mal, queria fazer-lhe a vontade”.

De facto, ainda que RL e JL não identificassem nenhum membro com maior poder na família, verificava-se que não estavam satisfeitos relativamente às vontades um do outro quanto à viagem de avião a França, assim sendo nomeou-se o diagnóstico “Processo Familiar

Disfuncional Relacionado com Relação Dinâmica Disfuncional Manifestado por Influência e Poder Disfuncional”. Procedeu-se a implementação das intervenções, com o objetivo de determinar evolução da relação dinâmica, “Avaliar Evolução da Relação Dinâmica”, e, com o objetivo de melhorar a satisfação relativamente à influência de cada membro no comportamento dos outros, “Promover a Comunicação Expressiva das Emoções” e “Promover o Envolvimento da Família”. Prosseguiu-se para as atividades que concretizavam as intervenções nomeadamente para a questão linear “durante esta semana falaram sobre ir a França ver a filha e os netos?”, obtendo resposta afirmativa, seguiu-se a questão linear “como correu a conversa?”, tendo RL afirmado “correu bem, fiquei a perceber melhor porque não quer ir”. Direcionando para JL procurou-se entender as motivações para não querer viajar de avião, JL: “já viu os acidentes que há? E olhe normalmente não se safa ninguém... não a posso meter dentro de uma coisa de onde não vai sair!”, no sentido da melhor compreensão e normalização das respostas emocionais, elaboraram-se também, e entre outras, questões reflexivas sobre as motivações para se sentir de determinada maneira e como poderia agir para se sentir diferente e circulares quanto à possibilidade e modo da esposa o ajudar a sentir-se diferente, tendo respondido JL: “o meu amor por ela e saber que os meus filhos ainda precisam dela e de mim (...) talvez se não pensar tanto nos acidentes consiga pensar diferente, se não fosse o medo, a verdade é que também queria ir lá (...) se ela não ficasse triste com isto era mais fácil (risos) mas eu sei que isso ela não controla”.

JL verbalizava o medo que sentia ao ponderar viajar de avião, identificando-o claramente como um entrave para realizar uma vontade que partilhavam enquanto casal e inclusive como o motivo para os membros do casal não estarem satisfeitos com as atitudes individuais. Assumiu-se então o diagnóstico individual “Medo” nomeado junto de JL enquanto concorrente para o diagnóstico familiar elencado. O mesmo é definido também enquanto foco como *“emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir”* (International Council of Nurses, 2019). Assim, com o objetivo de determinar evolução do medo e diminuir o medo, implementaram-se as intervenções “Avaliar Evolução do Medo”, “Promover Coping Efetivo”, “Apoiar Processo de Tomada de Decisão” e “Providenciar Apoio Emocional” (Butcher et al., 2018; International Council of Nurses, 2019). Enquanto atividades que concretizam as intervenções foram mobilizadas as estratégias da EM para a fase de contemplação que se acreditou ser a fase de preparação da mudança que JL se encontrava (Prochaska & DiClemente, 1982). Realizou-se então a questão hipotética “vamos imaginar que

decide ir de avião, o que pior podia acontecer?”, tendo percebido que o medo era cair e morrer, perguntou-se “de autocarro pode acontecer o mesmo?”, obtendo resposta afirmativa, confrontou-se “o que o leva a preferir ir de autocarro?”, tendo JL assumido “olhe agora fez uma boa pergunta... não faz lá muito sentido”. Com o intuito de desenvolver a discrepância, realizou-se a questão “entendi que seria também importante para si ir visitar a sua filha netos e ao mesmo tempo tem medo de o fazer se tiver de ir de avião, é isso?”, tendo JL respondido “sim, é mesmo isso”, projetou-se então para o futuro “caso consiga contornar o medo de andar de avião e decida ir, como acha que se ia sentir?”, JL disse “feliz porque ia fazê-la feliz (esposa), porque ia ver os netos e filha... e olhe era mais uma vitória (risos)”, devolveu-se afirmando “parece-me um conquistador...”, ao que JL retorquiu “ai sou e a enfermeira está a picar-me (risos)...ainda vou ligar à minha filha para marcar a viagem para os anos da menina dela em março”. Após esta afirmação, RL imediatamente respondeu “gostava muito! E ela marca logo se quiseres”, tendo JL devolvido “temos de ver isso então quando falarmos com eles”.

Nesta fase, e no sentido de “Promover o Envolvimento Familiar”, realizou-se a questão reflexiva “pensando que vai ligar à sua filha e marcar a viagem, como acha que a sua esposa o pode ajudar no dia da viagem?”, JL disse “estando calma e não pode sair da minha beira (risos)”, envolvendo RL perguntou-se “e como acha que pode ajudar?”, tendo RL dito “vou estar lá para ele, até podemos arranjar alguma coisa para ele se distrair” sendo que JL acrescentou “olha se calhar até posso levar as palavras cruzadas e as sopas de letras”. Elogiou-se JL e RL e planeou-se para a próxima consulta com o casal, idealmente agendada após a conversa com a filha, a construção com a família de um plano de ação com descrição dos objetivos e atividades de cada membro do casal antes, durante e após a viagem de avião, ou seja, pretendia-se recorrer aos rituais terapêuticos. Porém, não foi possível a concretização da consulta dado o fim do estágio. Ainda assim, a prestação de cuidados junto desta família em específico evidenciou que o todo é influenciado pelas partes e as partes, por sua vez, são influenciadas pelo todo, evoluindo a família no contexto destas interações de reciprocidade e complementaridade.

Também se interveio a nível individual junto de RL. No primeiro contato, identificou-se uma ferida traumática no membro inferior direito, definida nos eixos dos focos e/ou diagnósticos do ICN *Browser* enquanto:

“Ferida: solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada a lesão mecânica devido a agressão ou acidente; lesão irregular da pele; mucosa ou tecido; tecido doloroso e magoado; drenagem e perda de soro e sangue;

associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado” (International Council of Nurses, 2019).

No que se refere à ferida traumática, RL explicou: “estava no campo e quando cheguei a casa vi que tinha uma feridinha, não valorizei muito, mas a verdade é que não sarou... vim cá e agora a enfermeira anda a tratar”. Durante atividade diagnóstica com base na observação, verifica-se perda de pele superficial de 2cm de comprimento e 2cm de altura, preenchida a 100% por tecido de granulação, ausência de exsudado ou cheiro associado e pele circundante hidratada e íntegra, nomeia-se o diagnóstico “Ferida Traumática na Região Inferior da Perna Direita” (International Council of Nurses, 2019). Face ao mesmo, com o objetivo de determinar evolução da ferida traumática, implementaram-se em todos os contactos as intervenções “Avaliar Evolução da Cicatrização Ferida Traumática” e “Avaliar Ferida Traumática”, já com o objetivo de promover a cicatrização da ferida, implementou-se igualmente em todos os contactos a intervenção “Cuidados à Ferida Traumática” (International Council of Nurses, 2019). Na última avaliação, verificou-se que a ferida manteve as características. Paralelamente, e sobre o mesmo foco, também se avaliou o conhecimento sobre cicatrização da ferida, tendo RL dito “tenho evitado ir trabalhar no campo, agora vai só o meu marido, e ele em casa também ajuda mais”, tendo JL colmatado “sim, até cicatrizar já sabe que tem de descansar, comer bem e evitar bater com as pernas”, tendo-se nomeado a força conhecimento sobre cicatrização da ferida efetivo.

No âmbito da autogestão da doença, avaliou-se o peso, altura, perímetro abdominal e pressão arterial de RL, sendo que a mesma pesava 58kg, media 152cm de altura, logo IMC de 25,1kg/m², tinha 80 cm de perímetro abdominal e apresentava 140/80mmHg de pressão arterial. Além disso, desenvolveu-se atividade diagnóstica quanto ao conhecimento e capacidade, RL mencionou “sei que tenho as tensões altas às vezes e que tenho de ter cuidado com isso, pois podem vir problemas maiores atrás (...) enfartes! (...) é vir aqui de vez em quando ver como estão”, demonstrando conhecimento sobre a condição de saúde, capacidade para vigiar pressão sanguínea e atribuindo um significado não dificultador.

Proseguiu-se para a avaliação da autogestão do regime terapêutico. Relativamente ao regime medicamentoso, RL preparava todos os dias a medicação e tomava no horário e dose correta todos os fármacos prescritos, sabendo inclusive como conservar os medicamentos e o que fazer caso atingissem o prazo de validade, verificando-se conhecimento e capacidade de autogestão do regime medicamentoso. Sobre a gestão do regime dietético, RL considerava ter uma alimentação equilibrada e principalmente adaptada ao facto de ter HTA e diabetes mellitus tipo 2, sendo que pela descrição da qualidade e quantidade dos alimentos descritos, se valida

esta consideração nomeando as forças conhecimento e capacidade de autogestão do regime dietético. Por sua vez, no âmbito do regime de exercício, RL revelou “não faço caminhadas, sempre fui mais de estar por casa, antes até ia ao campo, mas agora como tenho de ter mais cuidado com a perna, não vou tanto”, questionando-se “acha que o exercício físico, como caminhadas, pode influenciar a sua HTA?”, tendo RL respondido afirmativamente e acrescentando RL: “nunca gostei muito de o fazer”. Assim sendo, nomeou-se o diagnóstico “Autogestão do Regime de Exercício Comprometida”, perante o mesmo, com o determinar a evolução do regime de exercício, planeou-se a intervenção “Avaliar Evolução do Conhecimento sobre Gestão do Regime de Exercício”, já com o objetivo de promover a autogestão do regime de exercício, planearam-se as intervenções: “Ensinar sobre Gestão do Regime de Exercício”, “Ensinar sobre Intensidade e Duração do Exercício Físico” e “Ensinar sobre Exercícios Desaconselhados” (Butcher et al., 2018; International Council of Nurses, 2019).

Quando JL esteve presente, avaliou-se a autogestão do regime de exercício do mesmo, tendo percebido que além de ir ao campo, também não realizava mais exercício físico, tendo verbalizado JL: “até gostava de fazer umas caminhadas que sei que nos fazia bem, mas a mulher também não gosta”. Nomeou-se então “Autogestão do Regime de Exercício Comprometida”, face ao qual, e com o objetivo de determinar a evolução do regime de exercício, planeou-se a intervenção “Avaliar Evolução do Conhecimento sobre Gestão do Regime de Exercício”, já com o objetivo de promover a autogestão do regime de exercício, planearam-se as intervenções: “Ensinar sobre Gestão do Regime de Exercício”, “Ensinar sobre Intensidade e Duração do Exercício Físico” e “Ensinar sobre Exercícios Desaconselhados” (Butcher et al., 2018; International Council of Nurses, 2019). Na implementação das intervenções ponderou-se sobre o alcance de um novo equilíbrio através das relações de reciprocidade e complementaridade do casal no que concerne aos hábitos diários (Nóbrega & Figueiredo, 2020), uma vez que ambos os membros do casal se encontravam em fase de contemplação para a mudança (Prochaska & DiClemente, 1982). RL gostava de começar a caminhar para aproveitar os espaços verdes que a rodeiam já que tem de evitar trabalhar no campo e, por isso, prefere nem ir para lá, mas dizia também que gostava muito de estar por casa, JL considerava importante caminhar para manter a tensão arterial dentro dos valores adequados e diminuir o peso, mas não queria ir sozinho. No final das EM, enquanto atividade que concretiza as intervenções com o objetivo de promoção do regime do exercício, recorreu-se à técnica de intervenção familiar sistémica rituais terapêuticos e conotação positiva: “já percebi que têm motivações fortes para começar a fazer caminhadas, como estar juntos, aproveitar ao ar livre e melhor a vossa saúde e também

motivações para não o fazer o que é normal quando se prepara o início de uma mudança. E se hoje traçássemos um plano em conjunto para uma nova atividade em casal? De maneira a aproveitar ao ar livre e caminhar em segurança, conhecem o jardim que fica perto de vossa casa? E se a caminhada fosse lá? Em que dia vai ser a caminhada? A que horas? De quanto tempo? O que vão vestir? O que vão calçar? O que vão fazer durante (conversar, ouvir música)? O que vão fazer depois? Como acham que se vão sentir? Quantas vezes por semana vão caminhar?”. Enquanto o casal respondia apontaram-se todas as respostas ficando com uma cópia e entregando ao casal o documento original. Na última consulta, após duas semanas, RL mencionou “fomos fazer a caminhada... até já fomos quatro vezes desde a última vez, temos gostado muito! E até deu para perceber melhor o medo dele que temos falado nisso durante as caminhadas”. Tendo em conta o tempo decorrido entre as consultas e o facto de não estar presente JL, optou-se por não mudar o juízo dos diagnósticos, tendo-se elogiado e incentivado a manutenção do exercício físico.

Ainda junto de JL, no foco de Enfermagem autogestão da doença, avaliou-se o peso, altura, perímetro abdominal, pressão arterial, conhecimento e capacidade, sendo que pesava 73kg, media 168cm de altura, logo um IMC de 25,8kg/m², 95 cm de perímetro abdominal, pressão arterial de 135/75mmHg e revelava conhecimento sobre HTA e complicações da mesma, capacidade para vigiar pressão sanguínea e atribuía um significado não dificultador. Avaliaram-se também as restantes áreas de atenção da autogestão do regime terapêutico. No que concerne ao regime medicamentoso, os dados colhidos foram semelhantes aos da esposa, sendo que se ficou a perceber que os membros do casal preparavam e tomavam a medicação em conjunto de forma a evitar erros, assim, considerou-se conhecimento e capacidade de autogestão do regime medicamentoso. Tendo em conta que os membros do casal se alimentavam, segundo os mesmos, praticamente das mesmas coisas, validou-se as quantidades ingeridas por JL, sendo que, pelas descrições do mesmo, se considerou conhecimento e capacidade de autogestão do regime dietético.

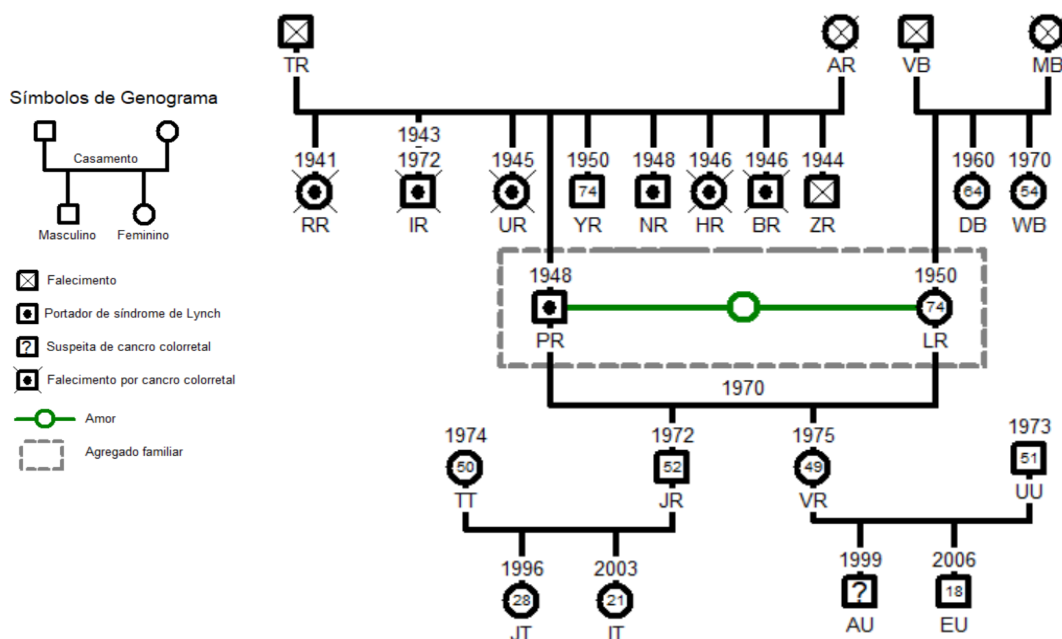
Procurou-se agendar uma quinta consulta contando com a presença de RL e JL, contudo não foi possível a sua realização. Ainda assim, o objetivo da mesma seria avaliar os resultados da avaliação e intervenção familiar e individual quanto às intervenções implementadas perante os diagnósticos nomeados. Prevê-se que se tivesse ocorrido, a quinta consulta objetivamente confirmaria as vantagens de envolver a família na resposta às necessidades individuais, principalmente quando são mudanças de hábitos de vida como o regime de exercício. De facto,

previam-se alterações nos valores tensionais aquando da manutenção da adesão ao regime de exercício, por exemplo, RL na última consulta tinha 133/71mmHg de pressão arterial, ainda que não se possam tirar ilações deste dado por estar isolado, permite levantar a hipótese que o ritual terapêutico desenvolvido contribuiu para a diminuição da pressão arterial. Corroborando com o pensamento sistémico subjacente à prática desenvolvida.

Família 4

Realizaram-se três consultas com a família 4, sendo que estiveram sempre presentes todos os membros da família. Novamente, tratava-se de uma família nuclear na fase do envelhecimento do ciclo vital familiar, estando presente o subsistema conjugal. Abaixo encontra-se a figura 9 representa o genograma desta família.

FIGURA 9 - Genograma família 4 e simbologia

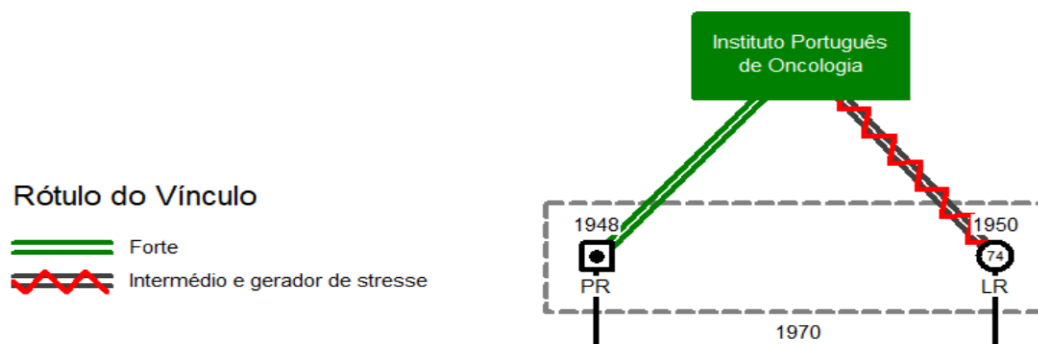


Verifica-se que a família 4 era constituída por PR e LR, o primeiro com 76 anos de idade e a segunda com 74 anos de idade, casados desde 1970. PR tinha HTA, síndrome de *Lynch* e cancro colorretal. Na família de origem de PR destacam-se os casos de síndrome de *Lynch* que se constitui como uma doença autossómica dominante caracterizada pela predisposição hereditária para o desenvolvimento de vários tipos de cancro, principalmente o cancro

colorretal (Costa et al., 2023). De facto, cinco dos nove irmãos de PR tinham síndrome de *Lynch* e como causa de morte o cancro colorretal. Apenas PR e um irmão foram diagnosticados com cancro colorretal, PR há 45 anos, e continuam vivos. Em 1979, aquando do diagnóstico, PR foi submetido a hemicolectomia direita, colectomia subtotal, gastrectomia total, enterectomia segmentar e, em 2011, a jejunostomia. Reconhecendo a importância do aconselhamento genético (Costa et al., 2023), todos os filhos e netos realizaram testes genéticos, percebendo-se que AU tinha síndrome de *Lynch* e, além disso, tinha recentemente iniciado sintomatologia de cancro colorretal estando na altura das entrevistas a realizar exames de diagnóstico médico. Por sua vez, PR era portadora de HTA e ansiedade. PR e LR nutriam uma relação de amor um pelo outro, demonstrada através de afirmações como PR: “eu fui atrás dela, sempre soube que era ela e que bem que escolhi” e LR: “quando me imaginei sem ele caiu-me tudo, é imaginar-se a perder o amor da sua vida não se explica”.

Quanto à família extensa, destacam-se os filhos, cônjuges dos filhos e netos, já que conviviam com os mesmos pessoalmente todos os dias com objetivos de companhia social, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço, LR: “contamos com eles para muita coisa, são o nosso apoio (...) damos e recebemos conselhos (...) assim também não estamos sozinhos” e PR: “trazem sempre coisas novas para fazermos lá em casa”. Em relação aos sistemas mais amplos, distinguiu-se o Instituto Português de Oncologia, para PR: “uma casa cheia de pessoas que só me fizeram bem (...) todos me conhecem lá, sinto-me à vontade sempre que preciso em lá ir”, já para LR: “não sei como é que ele se sente tão bem lá, é bom terem sempre a porta aberta, mas é sempre um ambiente... são sempre de lá as más notícias (...) sempre que a minha família precisou, e precisamos muito, estiveram sempre lá, isso é verdade, é muito bom”. Assim, na figura 10 caracteriza-se o vínculo forte de PR e vínculo intermédio e gerador de stresse de LR face ao mesmo sistema.

FIGURA 10 - Ecomapa família 4 e respetiva legenda de vínculos



A classe social da família 4 é média (17), de acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado). PR era marceneiro, a origem dos rendimentos era a reforma, apresentava como instrução o quarto ano, habitava numa moradia térrea em bom estado de conservação e num bom local.

No quadro constam as áreas de atenção e dimensões operativas da matriz operativa do MDAIF avaliadas na família 4.

QUADRO 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas avaliadas por dimensão de avaliação da matriz operativa do MDAIF

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas	
Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento Conhecimento e capacidade de gestão	
	Edifício Residencial	Tipo de habitação Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro	
		Precaução de Segurança	Presença de barreiras arquitetónicas Presença de aquecimento
	Abastecimento de Água		Presença de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização Utilização da rede pública/privada
	Animal Doméstico	Presença de animal doméstico	
	De Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica Comunicação
			Papel Parental
Funcional		Processo Familiar	Comunicação Coping Familiar Interação de Papéis Relação Dinâmica

Na área de atenção rendimento familiar, LR acrescentou “nunca tivemos grandes salários, mas sempre conseguimos o essencial para a nossa família, agora eles também estão bem e nós continuamos”, concluindo-se conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Já sobre o edifício residencial, PR afirmou “temos uma boa casa, trabalhamos uma vida inteira para agora estarmos confortáveis, fomos construindo com o melhor que podíamos já a preparar para a velhice”, constatando-se conhecimento sobre riscos de edifício residencial. Não se realizou consulta domiciliar e, por isso, não se avaliou a higiene da habitação. Quanto à precaução de segurança, não se verificava a existência de barreiras arquitetónicas, nem aquecimento e o abastecimento de gás era feito através de botija, sendo que quem tratava da gestão do mesmo era o filho ou genro do casal, ainda assim PR mencionou “é preciso vários cuidados, olhar pelas mangueiras, trazer as botijas

direitinhas do senhor e não me apetece ter de preocupar com isso, já que eles não se importam do o fazer por mim (risos)”. Sobre o abastecimento de água, os membros do casal não consumiam água do poço que têm em casa, PR disse “depois do meu diagnóstico nunca mais bebemos, compramos água engarrafada”. A família 4 não tinha animal doméstico.

O EEECESF deve atender na elaboração de estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018), sendo neste sentido muito importante a avaliação estrutural da família. Neste caso em específico, debruçar sobre a dimensão mencionada, permitiu nomear as forças: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.

Após o primeiro acesso aos registos em SClínico-CSP® da família 4 e, principalmente, depois da primeira consulta em que se focou na avaliação estrutural, compreendeu-se o quão crucial foi e era a resiliência neste casal, já que a vivência das crises despoletadas pelos vários casos de cancro colorretal múltiplas vezes os impeliu à adaptação enquanto indivíduos e díade conjugal (Vieira et al., 2020). Por sua vez, o ajustamento inerente ao envelhecimento, que para ser bem-sucedido também requer resiliência, é influenciado pela satisfação conjugal principalmente em idades mais avançadas (Santos et al., 2020). Posto isto, procurou-se debruçar sobre a relação dinâmica, comunicação, interação sexual e relação sexual do casal. Quando questionados de forma linear sobre a divisão das tarefas domésticas, LR respondeu de imediato “sou eu que faço tudo em casa, sempre foi assim”, tendo PR retorquido “sim, mas eu ajudo no que sei fazer bem, ponho a mesa, limpo a loiça e levo o lixo” ao que LR ripostou “pois é, mas o pó, varrer e fazer de comer sou eu”. Perante estes dados, realizou-se a questão de escala “de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito(a) e 10 é totalmente satisfeito (a), o quão satisfeito(a) está com a divisão de tarefas?”, ambos os membros do casal responderam “10” e, assim sendo, acedeu-se ao que significaria este valor com recurso a perguntas reflexivas, tendo entendido que seria realmente a máxima satisfação. Relativamente ao tempo que passam juntos, ambos os membros do casal verbalizaram enquanto vantagem da reforma este aspeto sem sequer terem sido questionados, LR afirmou “agora é que é bom, temos tempo para nós e ainda por cima ele anda bem de saúde”, já PR disse “sim, imagine que hoje podia vir sozinho, mas ela faz questão em me acompanhar (...) é tão bom”, confirmou-se então que os membros do casal redescobriram eficazmente o prazer e satisfação de continuar a conviver (Vieira et al., 2020). Sobre a partilha de sentimentos e forma de os expressar, realizou-se a questão linear “algum de

vocês têm mais facilidade em partilhar o que está a sentir?”, assumindo-se PR como quem mais partilha e LR concordando, fez-se então a questão reflexiva “há pouco e na consulta anterior, contavam-me sobre o diagnóstico oncológico de PR e da importância de estarem juntos, como partilhou o que sentia com a sua esposa nessa altura?”, PR respondeu “falava-lhe de tudo, o que os médicos diziam, como respondia, como era estar lá, tudo”, dirigindo para RL realizou-se a questão reflexiva “o que achou desta forma de partilhar sentimentos?”, RL: “que só podia ser assim, eu também perguntava tudo, foi muito importante ele ter tanto à vontade em dizer o que sente”. Nesse momento, aproveitou-se para questionar “e LR? Partilhou os seus receios e o que esperava daquela situação?”, tendo PR dito “ai sim, eu notava que ela estava muito triste mas nunca deixou de acreditar”, por sua vez LR acrescentou “não podia, também te dizia que tinha medo mas sempre esperei que ficasses bem”, questionou-se ainda sobre a manutenção da partilha dos sentimentos, expectativas e receios na atualidade, tendo ambos respondido afirmativamente. No que concerne às discordâncias de opinião, os membros da díade conjugal partilharam não ser habitual discordarem, sendo que quando acontecia habitualmente tinham facilidade em resolver conversando calmamente sobre o assunto. No geral, o casal demonstrava-se satisfeito com o seu padrão de comunicação.

Sobre a interação e função sexual, questionou-se linearmente sobre a satisfação com os momentos de intimidade como trocas de carinho, tendo PR apenas respondido “sim” e LR dito “ele sempre foi muito beijeiro e agora está igual”, face esta resposta questionou-se “e LR gosta que ele seja beijeiro?”, LR “claro, gosto muito”, prosseguiu-se perguntando “em que momento trocam mais beijos?”, PR “na cama quando nos deitamos”. Quando se questionou sobre a existência de outras formas de intimidade, LR respondeu positivamente e afirmou “mas isso não conversas para ter com a enfermeira”. Após algumas questões, percebeu-se que esta afirmação assentava em convicções prévias acerca da sexualidade enquanto assunto tabu e circunscrito ao quarto do casal, procurou-se desmistificar, contudo sem grandes resultados. Ainda assim, elaborou-se a questão de escala “de 1 a 10 em que 1 é nada satisfeito(a) e 10 é totalmente satisfeito(a), o quão satisfeito(a) está com a intimidade que mantém?”, tendo ambos os membros do casal respondido “10”. Assim, não se considerou ter dados suficientes e objetivos para tirar ilações sobre a função e interação sexual.

Na construção do genograma da família 4, acedeu-se ao facto que os dois filhos do casal vivem perto, sendo que estar junto melhora a troca de cuidados entre gerações e favorece a reciprocidade (Bentes et al., 2021), fatores importantes uma vez que as relações

intergeracionais são benéficas ao idoso e a toda unidade familiar (Sardinha et al., 2022). Contudo, os papéis exercidos pelos pais idosos e filhos adultos vão além da reciprocidade, já que mais do que as obrigações de dar e receber, englobam também os sentimentos de pertença, gratidão e até mesmo os possíveis ressentimentos (Bentes et al., 2021). Debruçando sobre o papel parental, questionou-se sobre a relação de cada um com o filho e depois com a filha, ambos enfatizaram a facilidade de comunicar com os mesmos, salientando o facto de estarem sempre por perto. Nesse ponto, questionou-se sobre o significado de estarem sempre perto, tendo PR respondido “que mesmo com as vidas e as coisas deles, continuam a estar lá para nós, também dedicamos a nossa vida toda a eles”, já LR disse “sim, sempre fomos todos muito chegados e eles agora sentem que têm de nos dar também”, realizou-se a questão reflexiva “o que significa ter a vida e as coisas deles?”, tanto PR como LR desenvolveram descrevendo a redefinição em relações adulto-adulto com os filhos. Sobre o genro e nora, todas as respostas às questões realizadas demonstraram a inclusão dos parentes por afinidade. Em específico quanto à relação com os netos, PR disse “os meus netos são muito bons, cresceram conosco também” e LR frisou “também já são todos grandes, mas não deixam de se importar com os avós (...) a minha neta enfermeira que está na Bélgica está sempre a perguntar como estamos e nota-se que fica triste de não poder vir mais cá ver-nos, já os outros vão lá casa sempre que podem”. Quer PR, como LR demonstraram-se sempre bastantes satisfeitos com o contacto mantido com os filhos, genro, nora e netos, reforçando várias vezes a valorização de viverem perto.

Na dimensão de desenvolvimento, destacou-se a Satisfação Conjugal Mantida e o Papel Parental Adequado. Na família 4 o apoio familiar teve e tinha grande impacto na saúde física e mental dos seus membros, pois, e tal como indica a literatura, favoreceu o enfrentamento, parece que fortaleceu o sistema imunológico e contribuiu para as sensações de controlo, bem-estar psicológico e satisfação com a vida (Sardinha et al., 2022). A perceção do suporte familiar adequado aumenta a satisfação com as relações familiares, sendo um indicador da funcionalidade familiar (Sardinha et al., 2022), dimensão sobre a qual se debruçou na segunda e terceira consulta.

Como a literatura indica que a comunicação acerca do risco genético, as alterações nas relações familiares, as dinâmicas de suporte familiar e os processos de ajustamento interdependente são as áreas em que mais frequentemente se identifica necessidades das famílias com predisposição hereditária para cancro (Silva et al., 2021), na avaliação do processo

familiar focou-se na comunicação familiar relativamente a esta doença, nomeadamente nas estratégias de coping que, nestes casos, podem passar pela fuga à realidade, negação e banalização (Marques, 2023). Com base em verbalizações como PR: “sempre falamos e ensinamos os nossos filhos e netos a falarem de tudo, por isso é que a nossa família se entende tão bem (...) às vezes nas famílias há aqueles problemas do alguém disse que X ou Y disse determinada coisa, na nossa não temos disso porque falamos” e RL: “e mesmo quando não falamos, dá para perceber, nota-se bem nas nossas caras” e todas entrevistas considerou-se comunicação familiar eficaz, comunicação verbal/não verbal eficaz e comunicação circular eficaz. Sobre a interação de papéis, indo de encontro à literatura, PR mantinha os papéis de provedor, gestor financeiro e recreativo, e LR assumia os papéis de parente e cuidados doméstico, sendo que se verificava consenso e não saturação e/ou conflito de papéis. Já relativamente ao coping familiar, RL verbalizou “ainda hoje é difícil falar na doença da família dele”, quando questionada sobre algum problema na história da família que tivesse sido difícil de ultrapassar. Perante as palavras da esposa, PR afirmou “para mim já não é difícil lidar com o facto de ter tido, porque eu estou bem, custa é saber que muitos irmãos morreram do mesmo e que os meus filhos e netos estão em risco”. Quando o assunto era o cancro não era praticamente necessário esboçar questões, sendo que em todas consultas se desenvolveu amplamente a capacidade de escuta. De facto, os membros do casal não consideravam ter respondido ainda a todas as exigências decorrentes do síndrome de Lynch, LR dizia “é uma angústia constante saber que ele ou os meninos (netos) podem ter mais alguma coisa” e PR acrescentava “sabe o meu neto mais velho está em estudo agora, não vem de lá coisa boa, não vamos estar lá para ele... mas até ter a confirmação custa”. Apesar de considerarem adequado recorrer à família extensa para resolver e discutir os problemas, sendo habitualmente PR tomar a iniciativa de conversar, nenhum dos membros do casal era capaz de identificar uma experiência positiva de resolução de problemas, uma vez que, nas palavras de PR: “o maior problema que nos apareceu foi o cancro e até hoje não sabemos como lidar com ele, em relação a mim está tudo bem, é mais em relação aos meus que nunca é fácil”, consentindo com a cabeça e olhar direccionado para o chão LR. Assim, nomeou-se o diagnóstico “Processo Familiar Disfuncional Relacionado com Coping Familiar Não Eficaz”, traçando-se os objetivos determinar a evolução do coping familiar e facilitar coping familiar efetivo, planearam-se e implementaram-se na terceira consulta as intervenções “Avaliar Evolução do Coping Familiar”, em resposta ao primeiro objetivo traçado, e “Promover Coping Familiar Efetivo” e “Apoiar processo de Coping Familiar” para o segundo objetivo (Figueiredo, 2012; International Council of Nurses, 2019).

Na preparação da terceira consulta, estudou-se sobre coping familiar de modo a basear as atividades que concretizam as intervenções na evidência científica disponível, percebeu-se que as estratégias de coping mais utilizadas pelos portadores de doenças crónicas, nomeadamente oncológicas, e os seus familiares são o reenquadramento e a conotação positiva (Fetsch et al., 2016; Figueiredo et al., 2020). Sabendo também que, enquanto se aguardam os resultados de testes, o aconselhamento ajuda a lidar com o stresse e ansiedade da espera por notícias (Marques, 2023), iniciou-se o terceiro contacto normalizando as respostas emocionais de ambos os membros do casal (“o que sentem é normal, significa que a vossa família é unida e que se preocupam uns com os outros”). Também se questionou linearmente se já sabiam os resultados do rastreio do neto, contudo, PR e LR não tinham ainda notícias. Assim sendo, prosseguiu-se realizando a questão reflexiva “percebi na última consulta que vos angustiava não ter notícias, o que têm feito para lidar com isso?” ao que PR respondeu “temos tentado distrair-nos, evitar pensar nisso” e LR: “sim, vamos fazendo as nossas caminhadas também”. Pelo que se questionou “tem resultado fazer isso?” obtendo resposta negativa por parte de ambos. Com recurso às técnicas de intervenção familiar sistémica reenquadramento, conotação positiva e metáfora, prosseguiu-se “há umas consultas atrás diziam-me que estão mais próximos desde o diagnóstico, é isso?”, obteve-se aí resposta afirmativa pelo que se continuou “assim sendo, podemos dizer que o diagnóstico trouxe pelo menos uma coisa positiva?” ao que PR respondeu “sim e também me ensinou que tenho de aproveitar cada dia, porque a probabilidade era já nem estar cá” sendo que se devolveu com uma metáfora “o que estou a entender do que me está a dizer é que o cancro continua uma nuvem negra na vossa vida mas alguns raios de sol passaram e passam por ele, é isso LR?”, LR: “é isso, claro que nem tudo é mau e agora só estamos assim mais em baixo por causa do meu neto, se fosse há uns meses atrás não estávamos assim”. Quando se questionou o casal sobre alguma coisa nova e positiva que tenha acontecido desde que sabiam que o neto apresentava risco de desenvolver o mesmo cancro do avô, LR respondeu “passamos mais tempo com ele” e PR acrescentou “e ele anda bem-disposto na mesma, diz que se for alguma coisa cá estaremos para lidar (...) acho que ele é como eu, fica mais preocupado que alguém tenha do que ele ter”. Face estas respostas, reenquadrou-se da seguinte forma “o que entendo da vossa família, e corrijam-me se estiver enganada, é que, embora seja difícil já lidam com o cancro há mais de 25 anos e construíram uma vida bonita e cheia ainda que ele existisse. É certo que vos está a tentar pregar um novo susto com o vosso o neto e, mesmo assim, conseguem perceber que até aí não venceu a grande virtude da vossa família de se manter unida e de serem pessoas resilientes, é isso?”, RL respondeu então “nunca tinha pensado

nisso assim” e PR disse “mesmo, assim até se torna mais fácil, pode mesmo ser um susto e se não for temo-nos sempre uns outros e havemos de vencer mais uma vez”. Infelizmente não foi possível agendar mais consultas com a família 4 de maneira a perceber a longo prazo os resultados da implementação destas intervenções em específico.

De facto, avaliar a família em funcional ou disfuncional, durante o período de doença ou da sua possibilidade, deve basear-se na interpretação das relações e adaptações que ocorreram mediante a necessidade de família se auto-organizar (Sardinha et al., 2022). Procurou-se fazer isso junto da família 4, ainda que não tenha existido oportunidade de aplicar instrumentos, em específico a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, considerou-se salutar evidenciar as forças Comunicação Familiar Eficaz, Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual e Relação Dinâmica Não Disfuncional.

Focando na avaliação e intervenção individual, no foco de Enfermagem da autogestão da doença, avaliou-se o peso, altura, perímetro abdominal, pressão arterial, conhecimento e capacidade de cada membro do casal. PR pesava 70kg, media 170 cm de altura, tinha, por isso, um IMC de $24,2\text{kg/m}^2$, apresentava 92cm de perímetro abdominal, pressão arterial de 133/71mmHg e tinha conhecimento e capacidade de autogestão da HTA. Por sua vez, LR pesava 60kg, media 155cm de altura, logo, tinha um IMC de $24,9\text{kg/m}^2$, apresentava 77cm de perímetro abdominal, pressão arterial de 135/73mmHg e, semelhante ao marido, também tinha conhecimento e capacidade de autogestão da HTA. Os membros do casal mantiveram os valores tensionais semelhantes em todas as consultas.

Na avaliação da autogestão regime terapêutico face a HTA, que englobou o regime dietético, regime de exercício e medicamentoso, não se verificaram compromissos em nenhum dos membros do casal. De facto, apresentavam uma alimentação equilibrada, já que as descrições das quantidades e qualidade dos alimentos de PR e LR coincidiam com as recomendações para pessoas com HTA, ambos realizavam diariamente caminhadas de pelo menos 30 minutos e preparavam e tomavam a medicação conforme prescrita.

Ao longo de todas as consultas, LR manteve-se cabisbaixa, chegando mesmo a verbalizar LR: “se lhe voltar a acontecer alguma coisa não sei o que será de mim, os meus filhos têm a vida delas e eu não tenho mais ninguém”, pelo que se devolveu “não tem mais ninguém?”, LR apenas abanou a cabeça negativamente, tendo prosseguido PR: “ela sente-se assim porque do lado da família dela não tem ninguém, não se dá com as irmãs”, face a este comentário LR afirmou “não quero falar sobre isso aqui, não tem nada a ver”. Assim sendo, questionou-se “e amigos ou

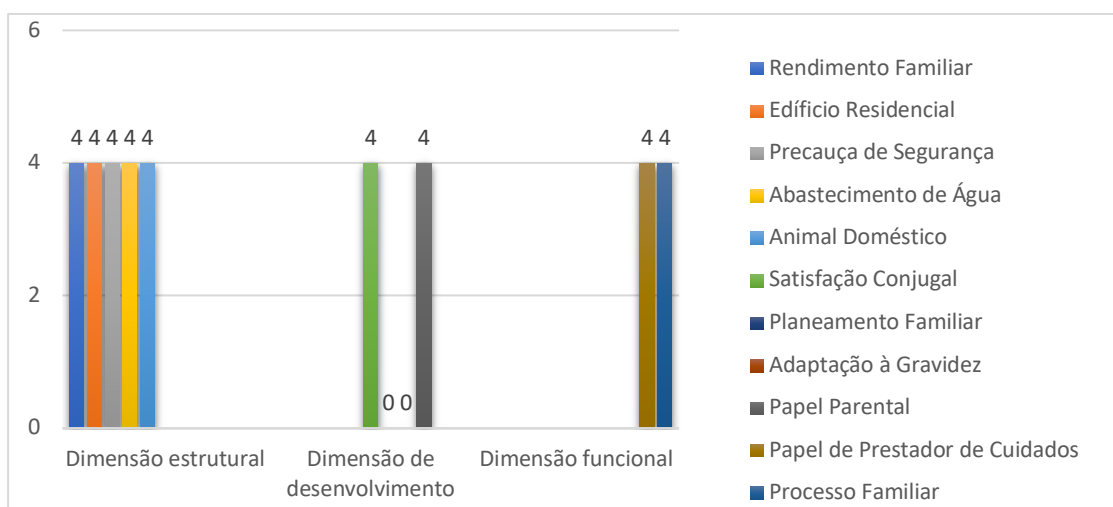
vizinhos?”, ao que LR respondeu “gosto de estar na minha vida”. Efetivamente, ao longo da avaliação e intervenção junto da família 4, percebeu-se que LR tinha dificuldade em partilhar a sua história, embora fosse dando indicações da perspectiva penosa que tinha do seu percurso de vida, contrariamente a PR que, apesar das adversidades, sempre se demonstrou bastante positivo face a sua vida.

Procurou-se agendar um contato apenas com LR, contudo e tendo em conta que habitualmente só se dirigia à USF C para acompanhar o marido ou para consultas médicas programadas, não foi possível marcar. De qualquer das maneiras, para a quinta consulta tendo em conta que se estaria com o casal, planeou-se recorrer ao instrumento de avaliação e intervenção familiar Linha de Vida de Madalie com objetivo de criar uma linha visual dos acontecimentos relevantes do sistema familiar durante o seu processo de desenvolvimento, enfatizando as forças e recursos motivados pelos mesmos, como o aumento da satisfação conjugal já reportado. Também se acredita que o recurso a este instrumento permitiria compreender os dados elencados da comunicação verbal e não verbal de LR até aquele momento. Contudo, não foi possível mais consultas com a família. Assim sendo, partilhou-se estes dados com a enfermeira de família e também o planeamento desenvolvido.

3.1.4. Os Resultados da Avaliação e Intervenção Familiar

O EEECESF formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018), com esta unidade de competência em mente e também com a intenção de sumarizar de forma clara os pontos chave da avaliação e intervenção familiar, elaborou-se o presente subcapítulo. Inicia-se com o gráfico 1 onde se distribui as famílias avaliadas por área de atenção das dimensões avaliativas do MDAIF.

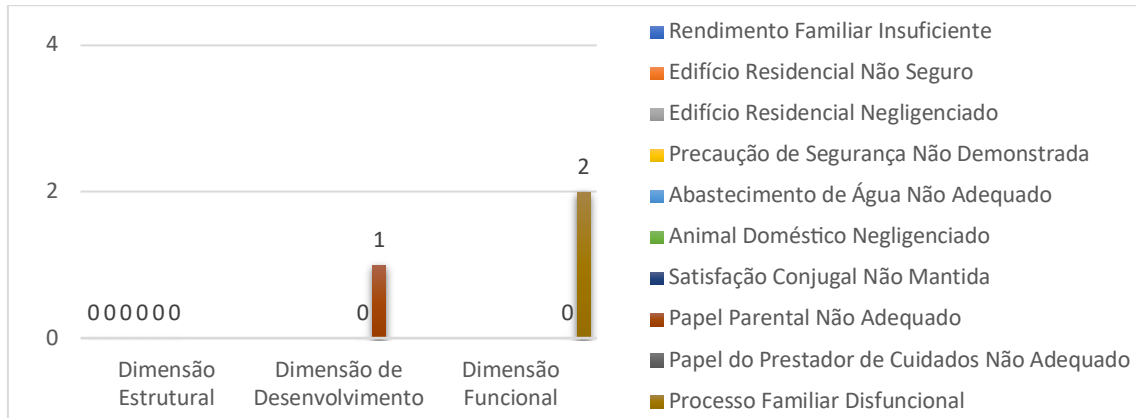
GRÁFICO 1 – Avaliações por área de atenção nas dimensões avaliativas do MDAIF



Pelos dados do gráfico 1, percebe-se que na dimensão estrutural avaliaram-se em todas as famílias a totalidade das áreas propostas na matriz operativa do MDAIF, o que perfaz quatro avaliações para o rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico. Já na dimensão de desenvolvimento, verifica-se que em todas as famílias se avaliou a satisfação conjugal e o papel parental, dando origem a quatro avaliações para cada área de atenção; não sendo adequado avaliar o planeamento familiar e adaptação à gravidez nas famílias consideradas, verificam-se zero avaliações nas duas áreas. Sobre a dimensão funcional, observa-se novamente a prevalência de quatro avaliações em cada área avaliativa, neste caso: papel de prestador de cuidados e processo familiar.

Após identificação de forças e necessidades por dimensão, alguns diagnósticos que requereram intervenções foram nomeados sendo importante a sua exposição e análise. O gráfico 2 oferece informação sobre os diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação.

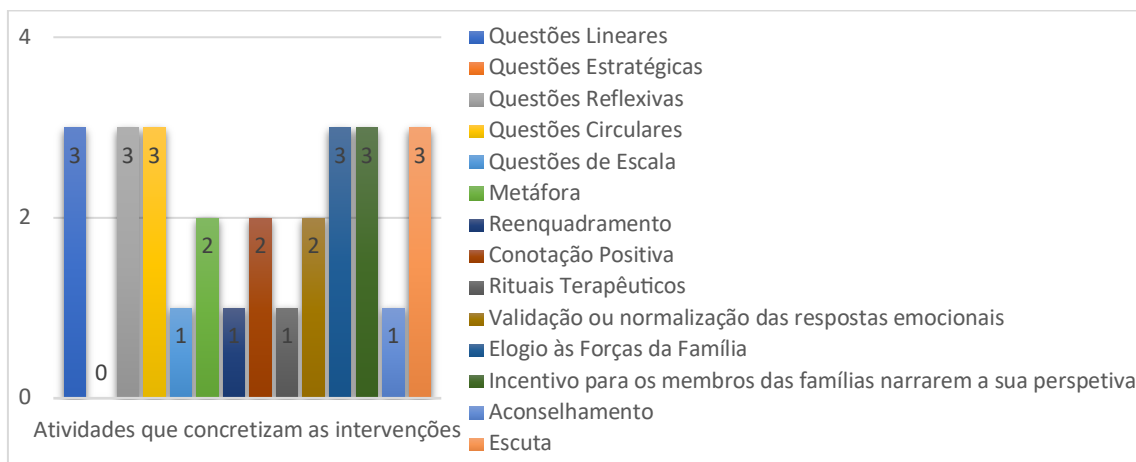
GRÁFICO 2 – Diagnósticos de Enfermagem nomeados que requereram intervenções por dimensão de avaliação



Pelo gráfico 2 entende-se que na dimensão estrutural nenhum diagnóstico foi identificado nas famílias, na dimensão desenvolvimento nomeou-se um diagnóstico de “Papel Parental Não Adequado” e na dimensão funcional nomearam-se dois diagnósticos de “Processo Familiar Disfuncional”. Numa família concorreu para “Papel Parental Não Adequado”, os “Comportamentos de Adesão Não Demonstrado”, e, para o “Processo Familiar Disfuncional”, numa família concorreu o “Coping Familiar Não Eficaz” e numa família a “Relação Dinâmica Disfuncional”.

Face às necessidades identificadas, várias intervenções foram planeadas e implementadas, sendo que se mobilizaram várias técnicas transversais e específicas de ESF enquanto atividades que concretizam as intervenções (gráfico 3).

GRÁFICO 3 - Atividades que concretizam as intervenções

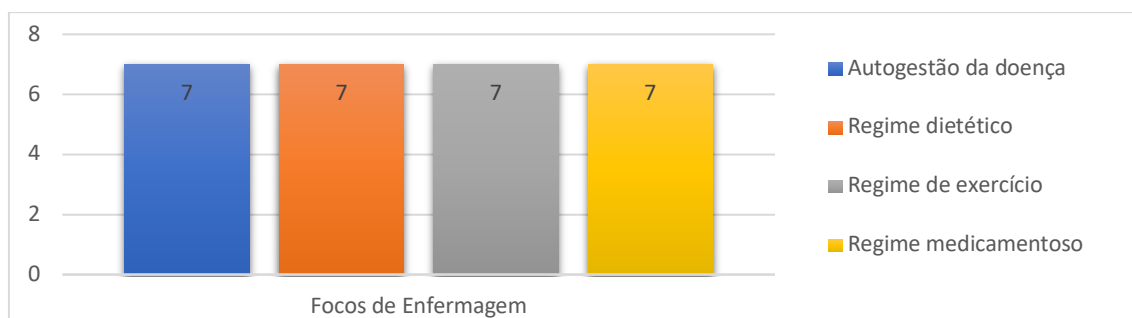


Pelo gráfico 3 compreende-se que as questões lineares, reflexivas e circulares, o elogio às forças da família, o incentivo para os membros das famílias narrarem a sua perspetiva e a

escuta foram técnicas transversais, já que foram utilizadas enquanto atividades que concretizam intervenção no âmbito de todos os diagnósticos familiares nomeados. Também relevante foi a mobilização das técnicas de intervenção familiar sistémica: metáfora e conotação positiva na intervenção face dois dos diagnósticos familiares. Já as questões de escala, reenquadramento, rituais terapêuticos e aconselhamento foram recursos na intervenção face um diagnóstico familiar. Ainda que nenhum dos diagnósticos tivesse o seu juízo alterado, consideraram-se ganhos em saúde nos três, pois cada membro da família realmente verbalizou, após a implementação das intervenções, indicações que a família estava a auto-organizar-se no sentido de um novo equilíbrio, mesmo que ainda não o tivesse alcançado.

Ao nível da avaliação individual, alguns focos de Enfermagem foram transversais à prestação de cuidados a todos os membros das famílias tendo em conta o critério selecionado para aceder às mesmas (membro portador de HTA). Assim sendo, no gráfico 4 distribuem-se as avaliações por focos de Enfermagem relacionados com autogestão da doença e do regime terapêutico.

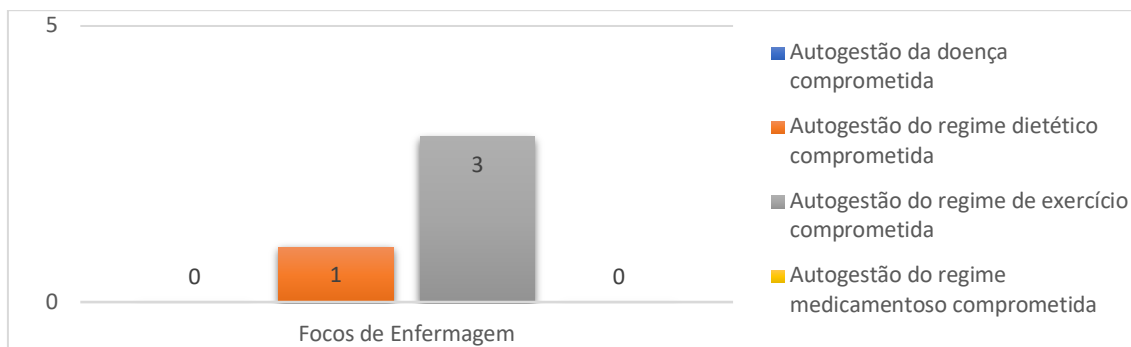
GRÁFICO 4 - Avaliações por focos de Enfermagem relacionados com autogestão da doença e do regime terapêutico



Cada família era constituída por dois membros, assim sendo no total deviam ter sido avaliados individualmente oito. Contudo, não foi possível estar com um dos membros da família 1. Assim sendo, pelo gráfico 4 percebe-se que sete membros das famílias foram avaliados nos focos de Enfermagem: autogestão da doença, regime dietético, regime de exercício e regime medicamentoso.

Após a avaliação, algumas necessidades foram identificadas. Por isso, o gráfico 5 apresenta os diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por foco relacionado com autogestão da doença e do regime terapêutico.

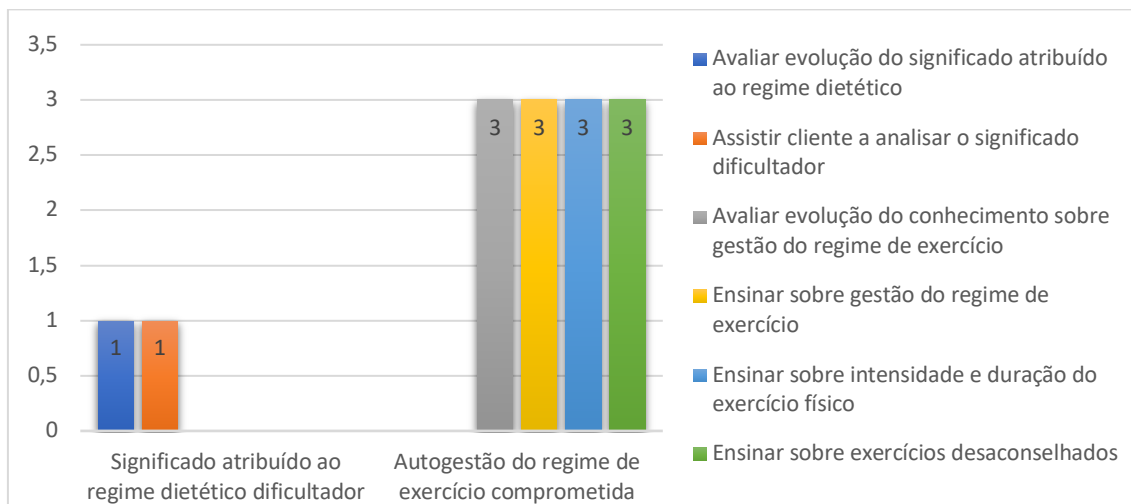
GRÁFICO 5 - Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por foco relacionado com autogestão da doença e do regime terapêutico



Efetivamente, o gráfico 5 indica que se nomeou um diagnóstico no âmbito da autogestão do regime dietético comprometida, nomeadamente “Significado Atribuído ao Regime Dietético Dificultador”, e três diagnósticos “Autogestão do Regime de Exercício Comprometida”.

Face os mesmos, várias intervenções foram planeadas e implementadas encontrando-se as mesmas por diagnóstico nomeado relacionado com autogestão da doença e do regime terapêutico no gráfico 6.

GRÁFICO 6 - Intervenções por diagnóstico de Enfermagem relacionado com a gestão da doença e do regime terapêutico

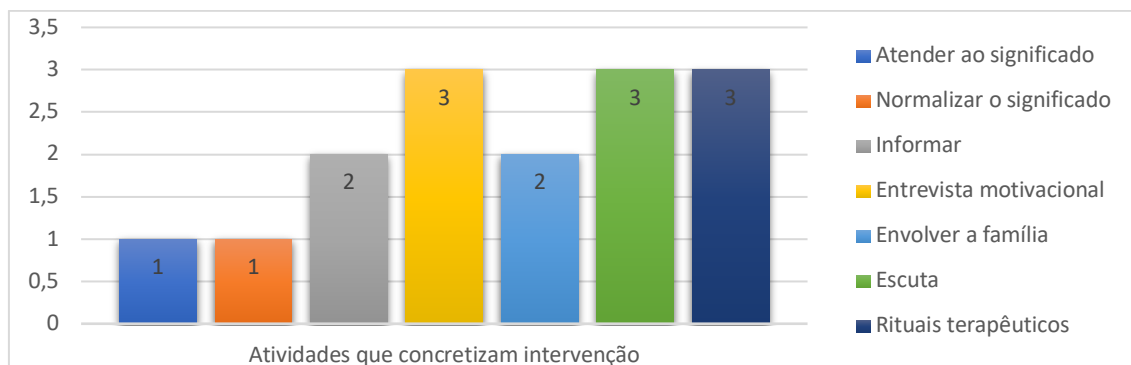


Pelo gráfico 6 acede-se ao facto que, e como o diagnóstico no âmbito do regime dietético apenas foi nomeado junto de um membro de uma das famílias, apenas se planeou e executou uma vez cada intervenção. Por sua vez, sobre os regimes de exercício implementaram-se junto das três pessoas as intervenções: “Avaliar Evolução do Conhecimento sobre Gestão do

Regime de Exercício”, “Ensinar sobre Gestão do Regime de Exercício”, “Ensinar sobre Intensidade e Duração do Exercício Físico” e “Ensinar sobre Exercícios Desaconselhados”.

Novamente, na implementação das intervenções várias atividades foram mobilizadas consoante as mesmas no gráfico 7.

GRÁFICO 7 - Atividades que concretizam as intervenções face diagnósticos de Enfermagem relacionado com a gestão da doença e do regime terapêutico



No gráfico 7 destaca-se a EM, escuta e rituais terapêuticos dado terem sido atividades mobilizadas junto de todos os membros em que se interveio individualmente no âmbito da autogestão da doença e do regime terapêutico. Logo depois, informar e envolver a família também foi bastante pertinente na intervenção individual junto de dois membros das famílias, uma vez que se tratava de um casal com uma necessidade semelhante no âmbito do regime de exercício. Por fim, atender e normalizar ao significado foi mobilizado enquanto atividades que respondiam à intervenção “Assistir Cliente a Analisar Significado Atribuído ao Regime Dietético”. Todas as atividades influíram positivamente para melhoria da saúde dos três elementos a quem foram diagnosticadas necessidades, assumindo-se, por isso, ganhos em saúde nos três.

Em suma, os gráficos e respetivas interpretações procuram, de forma mais clara, objetiva e concisa, demonstrar que se obtém resultados mensuráveis em saúde quando se operacionaliza as intervenções no âmbito da ESF juntos de famílias com membros idosos portadores de HTA. Ainda que existam diferentes entraves, como o curto intervalo entre a implementação das intervenções e a sua avaliação. De facto, tendo em conta os diagnósticos elencados, tanto individuais, como familiares, faria todo o sentido continuar a intervir, já que se tratava de necessidades que requeriam ou um novo equilíbrio familiar ou a manutenção de novos estilos de vida. Também é possível compreender a importância da perspetiva da família como foco de cuidados, pois até em diagnósticos individuais fez sentido envolver a família não como recurso, mas sim como foco.

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

No desenvolvimento da competência relacionada com a liderança e colaboração, e tendo em conta o Regulamento 428/2018 e o Regulamento 140/2019, realçam-se: articular com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). No âmbito de cada unidade de competência, desenvolveram-se várias atividades que serão descritas neste subcapítulo.

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

A avaliação sistémica da família, e no caso particular da família com membros idosos, requer uma abordagem multidimensional, facilitada, no âmbito dos CSP, pelo próprio contexto da prestação de cuidados que se constitui como um local privilegiado de trabalho interdisciplinar (Monteiro et al., 2021). A interdisciplinaridade na prática configura-se num processo dinâmico que visa superar e reduzir a fragmentação do conhecimento (Cordeiro et al., 2021). O trabalho interdisciplinar exige a identificação conjunta do problema, bem como da sua solução sendo a comunicação entre os membros da equipa preponderante (Monteiro et al., 2021). Perspetiva-se que a abordagem interdisciplinar, ao garantir a conjugação de múltiplos olhares profissionais, potencie a qualidade de cuidados ao nível da capacitação e segurança das famílias constituídas por membros idosos (Cordeiro et al., 2021; Monteiro et al., 2021).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II procurou-se desenvolver a capacidade de articulação com outros profissionais. Para o efeito, destacou-se a metodologia de trabalho por equipas de saúde familiar da USF C que facilitou esse processo, nomeadamente aquando da consulta e realização de registos em Sistema de Informação na Saúde (SIS). Salientou-se o SClínico®, enquanto SIS desenvolvido pela SPMS, caracterizado por ser uma aplicação única e comum a todos os profissionais de saúde que permite o acesso a informação e a sua utilização, partilha e sistematização, contribuindo para homogeneização das práticas e da informação

recolhida a nível nacional (Ministério da Saúde, 2024). Resultado da combinação do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e do SAM (Sistema de Apoio ao Médico), o SClínico® inclui enunciados de diagnóstico, intervenção e resultado que visam facilitar a documentação, tendo sido elaborado pelo ICN seguindo as linhas de orientação da CIPE (Sousa, 2017). Assim, o seu recurso promove a linguagem unificada, comum e científica em Enfermagem. O SClínico® apresenta duas versões, a hospitalar e a dos CSP, devido à necessidade de adaptar o *layout* gráfico e o método de colheita de dados ao contexto de trabalho (Sousa, 2017).

De facto, após todos os contactos com as famílias, registou-se no SClínico-CSP® os dados colhidos, os diagnósticos nomeados, as intervenções planeadas e/ou executadas e os resultados obtidos, ficando esta informação disponível para consulta da equipa médica. O contrário também se verificou, ou seja, os registos médicos podiam ser acedidos pela equipa de Enfermagem. A partilha via SIS facilitou, sem dúvida, o decorrer de ambas as consultas, por exemplo, o médico aceder às avaliações da gestão da doença e regime terapêutico orientou o ajuste medicamentoso, quando necessário, e, por outro lado, aceder aos dados médicos ajudou a compreender o estado geral da saúde das famílias. Neste ponto concretamente promoveu-se a colaboração interdisciplinar e facilitou-se a referenciação para outros profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018), nomeadamente via preenchimento de uma ficha de recrutamento para um projeto comunitário que posteriormente foi entregue à Unidade de Saúde Pública que era a unidade funcional responsável pelo mesmo.

Foi pertinente a referenciação para projetos comunitários, especificamente para o programa comunitário de exercício físico, desenvolvido por profissionais do exercício físico e enfermeiros, sendo implementado a nível nacional sob a coordenação da Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e do Programa Nacional para a Diabetes. De carácter multi-institucional, multidisciplinar e multicompetente, o programa envolvia a participação em sessões que utilizavam estratégias de exercício de elevada aplicabilidade, com recursos a materiais mínimos e de baixo custo, sempre em grupo e três vezes por semana durante 90 minutos no pavilhão multiusos do concelho (Direção-Geral da Saúde, 2018). De facto, a intervenção comunitária requer o envolvimento com agentes sociais e instituições motivadas e que se implicam e capacitam no âmbito da identificação e resolução de problemas da comunidade mobilizando para isso os recursos da mesma (Antunes & Mendes, 2022).

Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

O envelhecimento, o aumento da prevalência de doença e as expectativas e exigências da população portuguesa, pressiona o SNS para o aumento do acesso e da eficiência na prestação de cuidados de saúde, sendo que, por tal, atualmente se criaram as ULS (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b). O amadurecimento do modelo organizativo permite que as ULS beneficiem de novos instrumentos de gestão, designadamente: SIS que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único (Presidência do Conselho de Ministros, 2023b). Efetivamente, os avanços tecnológicos das últimas décadas têm impacto em todas as áreas da vida quotidiana e colocam instituições perante um novo desafio – a transformação digital (Passos, 2019). Para Laukka et al. (2023) as tecnologias digitais já estão a revolucionar os cuidados de saúde, e, de acordo com Oliveira et al. (2016), a associação do mundo digital a atitudes diagnósticas e terapêuticas pode trazer benefícios, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a OMS, os profissionais de saúde de todo o mundo usarão a tecnologia digital para melhorar as áreas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, inerentes à sua prática (OMS, 2019). Neste âmbito, a mesma organização nomeia alguns conceitos relevantes, nomeadamente *eHealth* para se referir às tecnologias de informação e comunicação para a saúde (OMS, 2018). No SNS, o Departamento de Gestão da Transformação Digital, em articulação com a ACSS e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), responsabiliza-se pela *eHealth*, nomeadamente quanto à arquitetura e governação dos sistemas e tecnologias de informação que se constituam instrumentos adequados à prestação de cuidados de saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2023c). Os SIS permitem a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, bem como o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação (Ministério da Saúde, 2024).

No decorrer da componente clínica, utilizou-se o SClínico-CSP® enquanto ferramenta para documentação dos cuidados prestados às famílias. Entre os vários programas disponíveis neste SIS e utilizados diariamente no contexto da USF pelos enfermeiros de família destacou-se o Programa de Saúde da Família, já que foi utilizado para registar o processo de Enfermagem em todas as famílias. Para tal, foi importante compreender que os utentes aquando da inscrição na USF são organizados numa lista que deve privilegiar a estrutura familiar (Presidência do Conselho de Ministros, 2023a), sendo por isso necessária a atualização de dados no Registo

Nacional do Utente aquando da alteração estrutural das famílias. Contudo, durante a utilização do SClínico-CSP®, percebeu-se que os agregados familiares se encontravam muitas vezes incorretamente definidos, a maioria das vezes por não terem sido atualizados dados sobre a formação de novas famílias. Assim sendo, no momento de registar no Programa Saúde da Família confirmou-se sempre os membros das famílias incluídos no agregado e, quando se verificou incongruências, referenciou-se aos secretários clínicos a necessidade de procederem à atualização de dados. Conforme afirma Laukka et al. (2023), a inadequação de informações sobre os elementos concretos das famílias tem impacto negativo na qualidade de cuidados e compromete os resultados em saúde familiar. Portanto, procurou-se ainda sensibilizar para a importância desta ação, tendo os secretários clínicos atualizado os dados solicitados.

O registo no Programa de Saúde da Família foi sempre privilegiado, já que o mesmo destaca a importância da formalização via SIS do processo de Enfermagem face ao cliente família. Com a sua realização pretendia-se concretamente demonstrar ganhos em saúde sensíveis à prestação de cuidados às famílias e promover a continuidade de cuidados. Ainda assim, verificou-se que as atividades diagnósticas parametrizadas não possibilitavam a documentação integral da prática do EEECESF que, por sua vez, se alicerça na tomada de decisão de acordo com a PBE e os referenciais teóricos, pelo que se realizou várias vezes registos no campo de texto livre.

Os enfermeiros estão-se a apropriar de recursos da *eHealth* para potenciarem resultados positivos para as famílias, já que os mesmos melhoram a tomada de decisão, reduzem erros, melhoram a comunicação entre a equipa de saúde e fomentam uma prática segura (Domingos et al., 2022; Lima & Barbosa, 2019). Deste modo, a disseminação de conhecimento sobre ESF também se pode efetivar através de ferramentas de *eHealth* e, mais especificamente, de *mHealth*, ou seja, recorrendo a tecnologias móveis (OMS, 2018). Nomeadamente a aplicações móveis que favorecem o diagnóstico, tratamento, acompanhamento e estimulam o autocuidado (Lima & Barbosa, 2019). Assim sendo, a sua construção na área da saúde é muito importante de forma que surjam novos instrumentos de apoio à conjuntura clínica em que se inserem (Domingos et al., 2022). Na generalidade, os enfermeiros estão recetivos à utilização de novos instrumentos digitais, que devem surgir com o intuito facilitador de acesso a informação sobre o cliente e o processo de cuidar (Silva et al., 2018). Ainda assim, existem múltiplas áreas a serem contempladas e, conseqüentemente, dificuldades a serem respondidas com a construção, disponibilidade e utilidade técnica e clínica

(Lima & Barbosa, 2019). Nesse sentido, a construção de aplicações móveis em áreas da prestação de cuidados de Enfermagem ainda não contempladas parece fundamental, como na saúde familiar e nos cuidados continuados e paliativos na perspectiva dos profissionais enquanto utilizadores. A criação e desenvolvimento deve apenas ter lugar quando não existem aplicações móveis adequadas ao contexto e/ou objetivos; ou quando as que existem não são baseadas na melhor evidência no sentido, por exemplo, em que não foram testadas em diferentes contextos clínicos e culturais; ou quando não são de livre acesso; ou quando não estão diretamente relacionadas com a área de interesse (Lima & Barbosa, 2019).

O desenvolvimento de aplicações móveis apenas deve acontecer se fundamentado na PBE enquanto método de tomada de decisão sustentada na pesquisa da melhor e mais recente literatura científica, alicerçada na experiência clínica, contemplando as preferências do cliente alvo de cuidados e considerando os recursos disponíveis (Internacional Council of Nurses, 2012; Bento & Lucas, 2021). Nos CSP em específico os enfermeiros precisam de desenvolver conhecimentos e habilidades para produzir e utilizar estudos científicos nomeadamente para construção de instrumentos de *mHealth*, já que, ainda que identifiquem que o ritmo acelerado de trabalho prejudique este processo, os profissionais entendem que devem manter-se atualizados e a par da produção científica (Schneider et al., 2020). Contudo, e também nos CSP, face a famílias portadoras de HTA, inúmeras aplicações móveis foram e continuam a ser desenvolvidas, ainda que apenas com a intenção de facilitar a gestão da doença e do regime terapêutico (Rodrigues et al., 2023). As mais comuns são as que objetivam avaliar a tensão arterial pela impressão digital, as que permitem o registo dos valores da pressão arterial e peso facilitando a monitorização da HTA e as que geram lembretes para a tomada de medicamentos (Silveira et al., 2020). Não se encontrou nenhuma sob a perspectiva do enfermeiro enquanto utilizador. Assim sendo, ponderou-se sobre a pertinência do desenvolvimento de uma aplicação móvel que facilitasse a prática do enfermeiro de família no que concerne à avaliação e intervenção familiar, bem como os registos em SIS durante a formação, aprendizagem, prática e desenvolvimento. De acordo com o mencionado, o seu desenvolvimento apenas teria espaço se validado pela literatura científica enquanto relevante (Internacional Council of Nurses, 2012; Schneider et al., 2020; Bento & Lucas, 2021), por isso, procurou-se a validação.

Pretendia-se otimizar a tomada de decisão e o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Para o efeito, desenvolveu-se uma *Scoping Review* (SR) com objetivo de mapear a evidência científica sobre

as aplicações móveis para a formação/aprendizagem ou para as práticas/desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Visava a SR proporcionar uma visão abrangente e inclusiva sobre o tópico em análise, utilizando uma estrutura metodológica que destaca a importância de considerar a população relevante, o conceito central e o contexto em que as evidências foram geradas (PCC), referencial da JBI (Joanna Briggs Institute (JBI), 2020). Baseando nesta metodologia, partiu-se de uma questão sobre o contributo das aplicações móveis para a formação/aprendizagem ou para as práticas/desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Quanto aos participantes incluíram-se estudos que contemplavam os enfermeiros, já como conceito estabeleceu-se aplicações móveis e enquanto contexto a formação/prática clínica. Foram incluídos estudos entre 2018 e 2023 nos idiomas português, inglês e espanhol disponíveis nas bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina (accedidas via EBSCOHost), SCOPUS® e Web of Science™ e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Enquanto critério de exclusão estabeleceu-se estudos sobre aplicações móveis para monitorização de doença e sintomas. A 15 de janeiro de 2024 procedeu-se ao registo na *Open Science Framework Registries* do protocolo de SR que se intitulou “Contributo das aplicações móveis para a formação e desenvolvimento de competências práticas dos enfermeiros – protocolo de *Scoping Review*”, sendo que possui o Digital Object Identifier: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/N67ZX>.

A SR permitiu, além de mapear a evidência científica sobre o tema, identificar lacunas do conhecimento, norteando a viabilidade ou não do desenvolvimento de uma aplicação móvel. Sendo pertinente utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF via aplicação móvel que facilitasse a tomada de decisão no processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019), articulou-se com engenheiras informáticas. Para tal, foi necessário concetualizar a matriz operativa do MDAIF de maneira interativa e perceptível para futura codificação. A parceria estabelecida provou ser bastante relevante, não só para o atingimento dos objetivos estabelecidos para a construção da *FamiliApp*, mas também para fomentar a capacidade de trabalho com profissionais de outras ciências.

Verificou-se que as aplicações móveis têm progressivamente sido adotadas no ensino de Enfermagem, favorecendo a construção do conhecimento (Costa et al., 2021), o desenvolvimento do pensamento crítico (Hwang et al., 2023) e o processo de ensino/aprendizagem centrado no aluno (Costa et al., 2021; Szara & Klukow, 2023). De facto,

enquanto método complementar, o seu recurso pode promover o desenvolvimento de competências de estudantes de Enfermagem (Szara & Klukow, 2023). Também no ensino no domínio das famílias portadoras de HTA, as aplicações móveis são encaradas como ferramentas dinâmicas, inovadoras, rápidas e atrativas, que fomentam o interesse, apreensão do conhecimento e a atualização para uma prática clínica mais segura (Costa et al., 2021). Já ao estreitaram a relação entre a teoria e a prática (Johnson & Carrington, 2023), nos estágios clínicos facilitam as transições e promovem a aprendizagem metódica dos estudantes (Maudsley et al., 2019) e inclusive na formação dos enfermeiros constituem uma abordagem relevante, viável e com impacto no desenvolvimento das práticas (Armstrong et al., 2018).

No âmbito da prática, concretamente nos CSP, a capacidade de diversificar e encontrar formas mais inteligentes de trabalhar é crucial e pode passar pela introdução de aplicações móveis (Johnson et al., 2019). Ainda que o recurso às mesmas já seja reportado enquanto crucial na prestação de cuidados a idosos, tornam-se menos interessante ao não valorizam uma avaliação integral (Bautista-Mier et al., 2021). Assim sendo, nos CSP identificar o apoio digital correto e adaptado às necessidades das famílias pode ser um poderoso complemento à prática dos enfermeiros (Johnson et al., 2019).

Ainda que as aplicações móveis sejam descritas na literatura enquanto importantes na formação/aprendizagem ou prática/desenvolvimento de enfermeiros, não existem aplicações móveis diretamente relacionadas com a área de ESF (Lima & Barbosa, 2019), pelo que se justificou o seu desenvolvimento. A *FamiliApp*, nome formado por amálgama das palavras família e aplicação, visa facilitar a prestação de cuidados a famílias, nomeadamente aquelas com membros portadores de HTA, segundo o MDAIF. Ainda na versão de teste, já permite registar o utilizador, realizar *login*, criar e aceder aos perfis familiares, consultar o MDAIF e registar dados e nomear diagnósticos na dimensão estrutural, mais concretamente no rendimento familiar, edifício residencial, sistema de abastecimento e animal doméstico. Para tal, nestas áreas de atenção foram codificados critérios de diagnóstico de maneira à aplicação móvel propor o adequado. O sucesso da *FamiliApp* depende da formação de estudantes de enfermagem e enfermeiros sobre a utilização segura, adequada e promotora do trabalho mais eficaz (O'Connor et al., 2020).

Processo formativo

Elaborou-se um formulário *Google*, Anexo III, que serviu de instrumento de colheita de dados na identificação das necessidades formativas no âmbito das aplicações móveis dos seis enfermeiros da USF C. Abordaram-se as variáveis família, quanto à definição e competência para abordar enquanto cliente; saúde familiar, no que concerne à definição; cuidados de Enfermagem à família, no que diz respeito à definição; avaliação e intervenção familiar, relativamente ao conhecimento e formação no geral e em relação a modelos; e aplicações móveis, especificamente sobre a utilidade, utilização, percepção de competência e necessidade formativa. Após todos os enfermeiros responderem, colheram-se e analisaram-se os dados recorrendo aos gráficos e organização das respostas.

Na variável família, a descrição incluiu conceitos como “agregação”, “união”, “laços afetivos” e “parentesco”, já a percepção de competência para abordar a família enquanto cliente, de um a dez, para 66,7% (quatro) situava-se no oito e para 33,3% (dois) no seis. Sobre a saúde familiar, destacou-se o “bem-estar”, “indivíduos unidos” e “grupo como um todo”. Já a enfermagem de saúde familiar foi definida com as palavras “cuidados”, “promoção”, “prevenção”, “família” e “indivíduo”.

Na avaliação e/ou intervenção familiar, o único modelo referido por 83,3% (cinco) foi o MDAIF, tendo sido sobre o qual tiveram formação (contexto académico e/ou formativo da ARS). Além disso, o MDAIF foi apontado por 66,7% (quatro) como o modelo a adotar no desenvolvimento de aplicação móvel com orientações sobre o processo de Enfermagem. Também na categoria das aplicações móveis, 83,3% (cinco) consideraram-nas úteis, ainda que nenhum dos enfermeiros as utilizasse na prática profissional. Ademais, percecionavam, de um a dez, 16,7% (um) em 1, 50% (três) em sete e 33,3% (dois) em oito a competência para utilizar aplicações móveis; 33,3% (dois) concordaram totalmente, 33,3% (dois) concordaram e 33,3% (dois) consideraram indiferente a utilidade de aceder a uma aplicação móvel com orientações sobre o processo de enfermagem (dados, diagnósticos, intervenções) segundo um modelo; e sobre a formação sobre a aplicação móvel todos consideraram útil.

Tendo em conta os achados mencionados, planeou-se, como exposto no Anexo IV, uma sessão de formação intitulada “*FamiliApp* - Um caminho para a saúde digital”. O objetivo principal era apresentar a *FamiliApp*, sendo que se considerou que para sua consecução importava munir os formandos com a capacidade de: descrever família, descrever avaliação e intervenção familiar, identificar três modelos de avaliação e intervenção familiar, definir

aplicação móvel, articular aplicação móvel com os cuidados de enfermagem, definir a *FamiliApp*, descrever vantagens e desvantagens da utilização da *FamiliApp* e descrever o modo de usar a *FamiliApp*. Relacionados com os objetivos específicos mencionados, estavam os conteúdos programados: definição de família, definição de avaliação e intervenção familiar, modelos de avaliação e intervenção familiar, nomeadamente MCAF, MCIF e MDAIF, definição de aplicação móvel, relação de aplicação móvel com os cuidados de enfermagem, definição *FamiliApp*, vantagens e desvantagens da utilização da *FamiliApp*. Enquanto métodos e técnicas, previu-se a utilização dos métodos interrogativo, expositivo e demonstrativo com a intenção de fomentar a participação e o envolvimento, apresentar os conteúdos de forma clara, sucinta e objetiva e informar como utilizar a *FamiliApp* versão teste, respetivamente. Já enquanto recursos, desenvolveu-se uma apresentação *PowerPoint* e um vídeo com a demonstração da utilização da *FamiliApp*. A dinamização da sessão de formação aconteceu no dia 23 de janeiro de 2024 no contexto da reunião da equipa de Enfermagem, estando presentes todos os membros do grupo-alvo, ou seja, os seis enfermeiros da USF C e tendo corrido como planeado.

Como avaliação da sessão de formação, todos preencheram o formulário em Anexo (V) que integra as variáveis utilidade e adequação da sessão de formação; *FamiliApp*, quanto ao conteúdo e utilidade; planeamento; organização e expertise da formadora. Recorrendo aos gráficos e organização das respostas, identificou-se que avaliaram 83,3% (cinco) em dez e 16,7% (um) em nove, de um a dez, a utilidade da sessão de formação; sobre a *FamiliApp*, 100% (seis) consideraram vantajosa e utilizariam na sua prática profissional, 66,7% (quatro) concordaram totalmente e 33,3% (dois) concordaram que o seu uso facilitaria o desenvolvimento da prática profissional, tendo sido referidos conceitos como “promoção”, “conhecimento”, “acesso” e “informação” quando pedida a justificação dessa resposta, 66,7% (quatro) não consideraram que devia agregar mais conteúdos do que os planeados e apresentados; o planeamento e organização, avaliaram, de um a dez, em nove e dez; a expertise da formadora, avaliaram, de um a dez, em nove ou dez quanto à clareza, domínio dos conteúdos e capacidade de esclarecer dúvidas.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O quarto capítulo pretende evidenciar a apreciação crítica sobre as atividades e aprendizagens realizadas no Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. Para tal, desde início se remete para o Regulamento 140/2019, sobre o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, e para o Regulamento 428/2018, sobre o perfil de competências específicas do EEECESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Ao longo de todo o relatório já se procurou ressaltar de maneira reflexiva o trajeto do desenvolvimento de competências. Este capítulo sintetiza os contributos das atividades realizadas através da mobilização de alguns exemplos.

Ser enfermeiro especialista implica autoconhecimento e consciência da influência pessoal na relação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Já aceder a formação de qualidade que confira novos conhecimentos e capacidades, além de aumentar o sentido de *know how* e contribuir para requalificação profissional, fomenta a satisfação pessoal (Neto et al., 2022). Por isso, ponderar sobre os contributos para o desenvolvimento de competências remete para o biénio 2020/2021 em que se iniciou o Curso de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo VI). Foi neste ciclo de estudos que pela primeira vez ficou evidente a importância de mobilizar conhecimentos tanto de Enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2018), já que se aprendeu as bases fundamentais à articulação de conhecimentos dos modelos e teorias de Enfermagem e da terapia familiar. Além disso, foi também onde despontaram inúmeras oportunidades de produção e comunicação científica. De facto, inserido afincadamente na comunidade académica está o ato de comunicar a produção científica enquanto etapa fundamental na disseminação dos resultados de estudos (Batista & Farias, 2020). Para o efeito, alguns estudos, nomeadamente na área da ESF, indicam que preferencialmente os profissionais de saúde frequentam eventos científicos com intenção de desenvolver as competências técnico-científicas, interagir e criar parcerias e para divulgar as suas próprias pesquisas (Teixeira & Antunes, 2021; Neto et al., 2022). Assim sendo, participou: a 02/06/2021 enquanto conferencista no *webinar* "A Família e as suas Dinâmicas: o MDAIF na Prática" da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo VII); a 26/06/2021 enquanto autora de

comunicação oral no “Congresso Internacional A Família no Epicentro da Pandemia” da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo VIII); e de 21/10/2021 a 23/10/20213 enquanto autora e apresentadora de comunicação oral no “Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade” da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF) (Anexo IX). As participações mencionadas, além de promoverem a ESF, fomentaram o interesse pela área tornando certa a ambição de ser EEECESF, contudo era necessário reunir mais experiência profissional antes de ingressar no curso que conferia esse título.

Assim, e assumindo-se a SPESF uma associação científica envolvida na afirmação da saúde das famílias (SPESF, 2024), faz sentido, desde 2021, a ligação enquanto membro à mesma. Os contributos da SPESF para o desenvolvimento de competências foram inúmeros, destacando-se a possibilidade de colaboração com colegas na resolução de problemas mais complexos de ESF, como a necessidade de consciencializar sobre o papel do enfermeiro de família, que, por sua vez, permitiu a criação de uma visão partilhada da ESF, aos diversos níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A SPESF é constituída por várias comissões, sendo que se salientou a Comissão Educação e Formação, uma vez que possibilitava aliar o gosto por cuidar de famílias à estima pela formação. Motivada por essa perspetiva, esteve a realização do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores na Agito – Formação & Serviços, Lda, que conferiu oficialmente a 27/12/21 competências pedagógicas para exercer a atividade de formador (Anexo X). Possuir esta educação simplificou a atuação como facilitador da aprendizagem promovendo uma cultura organizacional de formação (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Tendo sido mobilizadas as capacidades adquiridas no curso em contexto formal de reunião de equipa multidisciplinar, aplicando para isso os conhecimentos de preparação, dinamização e avaliação de sessões de formação para discutir as várias atualizações da legislação associadas à transição organizacional inerente à constituição da ULS T e partilhar os resultados da pesquisa de suporte teórico às atividades práticas desenvolvidas.

Envolver-se na produção de contributos para ESF é, sem dúvida, o caminho para o reconhecimento no meio especializado, já que é forma mais segura de expor as investigações realizadas, principalmente quando se efetua a exposição via periódicos científicos onde os conteúdos submetidos são analisados criteriosamente antes da disseminação (Batista & Farias, 2020). Em 2022, em resposta às necessidades sentidas na formação pós-graduada em ESF e por enfermeiros de família no sentido de promover o desenvolvimento de competências nos

cuidados à família como unidade, colaborou-se enquanto autora num capítulo do livro “Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudos de Caso” da SA Books, Lusodidacta. Além disso, realizou-se um estudo de caso, em contexto de cuidados continuados, sendo o MDAIF o referencial teórico e operativo e, também em 2022, publicou-se enquanto primeira autora o artigo resultante desse estudo intitulado “Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar aos Cuidados Continuados” na Revista de Inovação e Investigação em Enfermagem, estando o mesmo disponível através do *Digital Object Identifier*: <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>.

Ainda em 2022, surge a oportunidade de integrar a Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF, especificamente no âmbito do grupo *EnF.amilia* que visa a promoção da literacia em saúde dos membros das famílias, a oferta aos cidadãos de informação sobre as competências do EEESF e as áreas de atividade do enfermeiro de família e o reconhecimento das necessidades das famílias portuguesas que acedam ao sistema nacional de saúde (SPESF, 2024). Colabora-se neste grupo em concreto numa das equipas responsáveis pela criação e publicação de conteúdos nas redes sociais: Instagram (@enf.amilia, <https://www.instagram.com/enf.amilia/>) e Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100084132313342>). A participação nesta associação, comissão e grupo em específico relaciona-se amplamente com as atividades desenvolvidas nos estágios imprescindíveis ao desenvolvimento de competências, no sentido em que implica o acompanhamento da evolução da ESF participando ativamente na mesma, nomeadamente ao nível da consciencialização do papel do EEESF via tecnologias de informação e comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Além disso, fomenta os momentos de partilha de experiências e troca de conhecimentos com profissionais que já desenvolveram ou ambicionam desenvolver as mesmas competências, sendo estes bastante importantes na área científica (Batista & Farias, 2020).

Finalmente, o ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, foi marcado pelo primeiro semestre em que se considera terem sido desenvolvidas inúmeras competências comuns do enfermeiro especialista, como de investigação, gestão e qualidade. Já no desenvolvimento das competências específicas, destacaram-se as relações estabelecidas com o grupo de mestrandas e as participações em eventos científicos, nomeadamente: de 08/05/2023 a 12/05/2023 enquanto formanda, autora e apresentadora de póster e, especificamente a 09/05/23, como preletora na mesa de abertura

do Seminário 7, com a duração de oito horas, no *NursID Spring School 2023*, evento desenvolvido pelo Grupo de Investigação *NursID - Innovation & Development in Nursing* em colaboração com o *CINTESIS* (Anexo XI); a 15/05/2023 enquanto autora e apresentadora de comunicação oral no “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas” da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo XII); e de 26/10/2023 a 28/10/2023 enquanto preletora de workshop no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” da SPESF na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores (Anexo XIII). As participações em eventos científicos surgiram como meio para a visibilidade e reconhecimento de habilidades para desempenhar funções na área da ESF, tendo também validado as conceções teóricas e operativas adotadas já que qualquer comunicação em ciência é alvo de avaliação por pares previamente, durante e após o ato de comunicar (Batista & Farias, 2020). Também se cooperou enquanto membro da “Comissão Organizadora do Seminário 7 do *NursID Spring School 2023*” (Anexo XIV) e da Comissão Organizadora do “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” (Anexo XV). O íntimo envolvimento mencionado aumentou a capacidade de tomada de decisão fundamentada contribuindo para a PBE e para a colaboração nas decisões da equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Cuidar de famílias implicou preparação, até porque todos os membros das mesmas já tinham o enfermeiro de família como referência e com quem já tinham estabelecido uma relação terapêutica baseada na confiança. Foi imprescindível primeiramente certificar o respeito pelos direitos humanos logo na primeira consulta, em qualquer momento em que estiveram presentes novos membros e sempre que pareceu oportuno para fortalecer a sensação de segurança das famílias na partilha da sua história. Reporta-se ao exemplo da família 4 em que na última consulta foi particularmente crucial reforçar o direito à privacidade de LR quando o assunto era a relação com a família de origem. Considera-se mesmo que apenas se manteve a relação de ajuda já estabelecida porque se revigorou o respeito pela individualidade e autodeterminação da utente (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Foi igualmente salutar assegurar a confidencialidade quanto à informação escrita, já que alguns membros revelaram inicialmente receio em ter a sua história exposta publicamente. Após se ter explicado que, para efeitos do relatório de estágio, nunca seriam identificados pelo nome, mas sim recorrendo a números e/ou letras do alfabeto atribuídas aleatoriamente, realmente a prestação de cuidados fluiu melhor. Foi mesmo possível abordar as famílias para responder às suas necessidades e facilitar a construção de um plano de ação com objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da

mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Destacando-se o constante reforço positivo e elogio enquanto mote da promoção do processo de consciencialização dos membros das famílias com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança (Ordem dos Enfermeiros, 2018), por sua vez sustentada na matriz operativa do MDAIF.

A literatura científica atual na população portuguesa já suporta o recurso ao MDAIF (Ferreira et al., 2020; Correia et al., 2021; Anacleto et al., 2022; Machado et al., 2022; Pinho et al., 2022), tendo a mobilização da matriz operativa, que se revelou dinâmica e flexível, sido crucial à prestação de cuidados às famílias. Além disso, foram também fundamentais as técnicas de intervenção familiar sistémica enquanto atividades que concretizam as intervenções que visavam facilitar a resposta da família em situação de transição complexa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Por exemplo, a metáfora incentivou a comunicação expressiva de emoções e facilitou a comunicação familiar da família 1 e os rituais terapêuticos promoveram a autogestão do regime de exercício dos membros da família 3. A perspetiva sistémica inerente ao MDAIF, a todo o percurso académico e à perspetiva pessoal do que é a ESF foi também um dos grandes contributos à consecução das competências propostas para o perfil do EEECESF. Foi precisamente com base no pensamento sistémico que fez sentido interrelacionar diagnósticos familiares com individuais na família 3, facto que visivelmente potenciou a resposta dos membros da família às necessidades identificadas, já que foi após a gestão do medo de JL que se conseguiu capacitar a família como um todo para a resolução do “Processo Familiar Disfuncional Relacionado com Relação Dinâmica Disfuncional Manifestado por Influência e Poder Disfuncional”.

Outro ponto interessante que deixou de ser teórico e configurou-se em ganhos em saúde foi a potenciação do equilíbrio familiar se identificadas as forças do sistema familiar. Por vezes, durante a prestação de cuidados, além das necessidades, focou-se nas forças enquanto recurso. Como na família 4 em que se focalizou na Satisfação Conjugal Mantida durante a intervenção face ao diagnóstico “Processo Familiar Disfuncional Relacionado com Coping Familiar Não Eficaz”.

Por sua vez, a Teoria das Transições também teve impacto positivo no desenvolvimento de competências. Perante famílias constituídas por membros a vivenciar uma transição do tipo saúde doença, percebeu-se que cada família e os seus membros respondem de maneiras distintas, enfatizando-se os princípios de equifinalidade e totalidade. Assim sendo, adotar este referencial teórico norteou a colheita de dados, facilitou a identificação de necessidades e

favoreceu o codesenvolvimento de respostas. Tome-se como exemplo AS da família 1 que atribuía um significado ao regime dietético dificultador o que contribuía para a não autogestão do regime dietético que, por sua vez, podia estar relacionada com os valores de tensão arterial elevados.

Importante foi ainda a disponibilidade de cada membro da equipa multidisciplinar da USF C para discutir e comunicar dados sobre cada família quer presencialmente, como via SIS, considerando-se que foram sempre incitadas as atividades de cada profissional individualmente e de todos no sentido dos mesmos objetivos de saúde familiar. Efetivamente, recorreu-se e percebeu-se que recorreram aos registos de profissionais de diferentes áreas, como da medicina e social, na prestação de cuidados às famílias o que levava à potenciação do trabalho em equipa multidisciplinar. No caso da família 1 foi o acesso aos registos no SClínico-CSP® da tensão arterial do AS por parte da equipa médica que fundamentou o ajuste medicamentoso, já no caso da família 2 tornou-se perceptível a síndrome de *Lynch* após a consulta dos registos médicos. Além de facilitado e motivado o trabalho em equipa na USF C, também foi várias vezes estimulada a articulação com outras unidades funcionais, nomeadamente com a Unidade de Saúde Pública, que se efetivou para um membro da família 1 e para a família 3. Tendo em conta que um membro de cada uma das famílias mencionadas tinha a “Autogestão do Regime de Exercício Comprometida” e, além de HTA, apresentavam diabetes mellitus tipo 2, referenciou-se, após validação do interesse e obtenção do consentimento da cada um, para um programa comunitário de exercício físico. Deste modo, considera-se que objetivamente se orientou a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos e contribuiu para a continuidade de cuidados com outras unidades funcionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Confirmando-se a ampla interdependência de papéis e funções ainda nas reuniões semanais, onde se garantia sempre um espaço de partilha de inovações, nomeadamente de sugestões como a atualização de dados dos utentes pelos secretários clínicos.

Contudo, atualizar dados ainda que bastante útil, não suprimia todas os entraves ao registo no SIS. Por isso, optou-se por documentar a prestação de cuidados no Anexo II, já que se considerou não se encontrarem totalmente espelhados nos registos realizados SClínico-CSP®. Não é completamente perceptível acedendo aos mesmos a atenção dedicada ao estabelecimento de uma relação para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, a intenção de colher todos os dados pertinentes, o interesse pela monitorização das respostas e a dedicação para intervir eficazmente na promoção e na recuperação do bem-estar

da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, no desenvolvimento da formalização da monitorização e avaliação das respostas familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2018) no Programa de Saúde da Família via SClínico-CSP®, reconheceram-se várias limitações, já que nem todas as áreas de atenção de saúde familiar consideradas e expostas no presente relatório se encontravam parametrizadas. Além disso, o envolvimento na PBE durante o decorrer das unidades curriculares de estágio levou à consideração que se impõe a reformulação do SIS em uso no sentido também da contratualização de indicadores de desempenho mais coadunados à prática do enfermeiro de família.

Por fim, a exposição e reflexão das atividades realizadas, por si só, influiu positivamente para o desenvolvimento de competências especializadas especificamente no âmbito da ESF, já que evidencia a articulação com o definido no Regulamento 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A construção da identidade, inclusive a profissional, é uma experiência de identificação, de experimentar, de olhar e de se pensar como um outro, o que exige autorreflexão (Arenas et al., 2020). Assim sendo, a própria análise crítica inerente ao capítulo e relatório concorreu para o desenvolvimento do *self* e, por isso, colabora na construção de um EEECESF.

CONCLUSÃO

As unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II pretendiam o desenvolvimento do perfil de competências do EEECESF. Por isso, o presente relatório serve para expor e explicar as atividades desenvolvidas, bem como a sua respetiva análise crítica.

No âmbito da prestação de cuidados, a caracterização do contexto permitiu identificar a prevalência de famílias com pessoas idosas na lista da enfermeira tutora, tendo a mesma correspondido à tendência nacional do envelhecimento. Por outro lado, a maioria das famílias apresentava pelo menos um membro portador de HTA, sendo esta um dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal. Na USF C, no sentido de colmatar esta problemática, estava em vigor um PAI relacionado com a vigilância da HTA. Foi neste enquadramento que se selecionaram famílias com membros idosos portadores de HTA no percurso de avaliação e intervenção familiar, destacando-se como comum a tipologia nuclear e a fase do envelhecimento enquanto etapa do ciclo vital familiar. Identificaram-se necessidades transversais a duas famílias no âmbito do processo familiar, em particular o coping familiar e a relação dinâmica, relacionados com a dificuldade de mobilizar estratégias adaptativas para a aceitação da doença genética familiar e com a influência do medo de um dos membros no comportamento dos outros, respetivamente. Já outra das famílias, apresentou necessidades no papel parental relacionadas com a não inclusão da nora, facto que implicava a alteração do padrão comunicacional entre os membros da família, concretamente no subsistema filial. Por isso, foram planeadas e implementadas intervenções que pretendiam a capacitação da família, nomeadamente: “Promover a Comunicação Expressiva das Emoções” e “Promover o Envolvimento da Família”. Para a concretização das mesmas, foram mobilizadas técnicas de intervenção familiar sistémica, como a metáfora, as abordagens narrativas e o reenquadramento que contribuíram para a obtenção de ganhos em saúde nas respetivas áreas. Considerando a família no seu todo e partes, foram também prestados cuidados aos membros. Distingue-se a intervenção que tinha como objetivo a autogestão do regime terapêutico especificamente quanto ao regime de exercício de ambos os membros, sendo que a partir de

um ritual terapêutico que levou à autogestão se contribuiu simultaneamente para a aumento da satisfação relativamente ao impacto de cada membro nos outros.

Como contributo na tomada de decisão clínica, o uso do MDAIF no âmbito da avaliação e intervenção familiar constitui-se uma ferramenta que promoveu a colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família, permitiu a intervenção na promoção e na recuperação do bem-estar e maximizou a formalização da monitorização e avaliação das respostas da família. O MDAIF, dotado de um cariz dinâmico e flexível, permitiu a mobilização dos seus componentes nos diversos níveis de atuação do enfermeiro, possibilitando o estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. Por outro lado, a sua utilização em simultâneo com a teoria das transições foi relevante para a articulação entre as necessidades familiares e individuais, tornando evidente a influência do todo nas partes e das partes no todo.

No que diz respeito à liderança e colaboração em projetos de intervenção familiar, destaca-se a criação da aplicação móvel *FamiliApp* que tem como finalidade a utilização de tecnologias para melhorar a decisão clínica na prestação de cuidados à família como unidade e, em particular, às famílias com membros idosos portadores de HTA. Além disso, pretende também dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF. A *FamiliApp* visa a criação de perfis familiares, sendo que, ao se aceder aos mesmos, ficam disponíveis as dimensões avaliativas do MDAIF e, de acordo com os critérios de previamente codificados, são apresentadas hipóteses de diagnóstico e sugestões de intervenções a implementar, evidenciando, para isso, a natureza prática e útil da matriz operativa do MDAIF. No seu desenvolvimento, foi feita a síntese da ciência, no sentido de verificar se esta poderia ser útil. Verificando-se a sua viabilidade, desenvolveu-se a versão teste que foi apresentada à equipa de Enfermagem que a consideraram importante para facilitar o acesso à informação, sendo, por isso, adequada à prestação de cuidados.

O desenvolvimento das atividades permitiu identificar a necessidade imperiosa da PBE, enfatizando-se a competência de mobilizar a evidencia científica atual de acordo com a especificidade de cada família. Embora as famílias apresentassem uma condição transversal, a sua estrutura e o seu funcionamento eram únicos e em reciprocidade com as características dos seus elementos e do contexto, tendo sido a incorporação do conhecimento científico uma prática sistematizada. No que se refere à investigação, considera-se necessário um

desenvolvimento que permita identificar as técnicas mais adequadas a recorrer em cada área e avaliar a eficácia da sua utilização.

Para a consolidação, e considerando que a dotação segura é, em média, de 350 famílias de uma determinada área geográfica, sugere-se a diminuição da lista de utentes por enfermeiro de família, com intenção de proporcionar cuidados mais seguros. Por outro lado, entende-se que o reconhecimento da importância dos EEECESF implicará políticas institucionais que serão favorecedoras quer dos processos de aprendizagem, assim como do papel social deste enfermeiro. Perspetivando-se como enfermeira de família pretende-se dar continuidade à produção de conhecimento em ESF, designadamente na publicação da SR e dos resultados provenientes da utilização da aplicação móvel pelos enfermeiros de família portugueses. Neste sentido, desenvolvem-se atividades de investigação no âmbito de um projeto sediado no CINTESIS que permitirão alargar a amostra de enfermeiros e a monitorização dos resultados. Atualmente, decorrentes das competências adquiridas, iniciou-se um projeto a nível hospitalar que perspetiva a possibilidade de intervenção do enfermeiro de família neste âmbito, desenvolvendo-se atividades que visam facilitar a integração do utente e família, promover o envolvimento da família, capacitar o familiar cuidador e garantir a continuidade de cuidados. Ainda que o mesmo perspetive a família enquanto parceira, compreende-se que permitirá consolidar competências importantes à prestação de cuidados à família como cliente, contribuindo efetivamente para o objetivo de desenvolver atividade profissional no contexto de USF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, C. de O., & Carvalho, A. de S. A. V. de. (2019). Do cuidar ao cuidar-se: um relato de intervenção em terapia familiar sistémica. *Nova Perspectiva Sistémica*, 27(62), 109–125. <https://doi.org/10.38034/nps.v27i62.451>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escola de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Amorim, L., Caldas, P., & Roca, R. (2019). Perfil dos valores de tensão arterial em indivíduos submetidos a mapa em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 12–16. www.sphta.org.pt
- Anacleto, C., Seriz, C., Luz, E., & Godinho, C. (2022). Sobrecarga do cuidador familiar: estudo de caso à luz do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *4º congresso internacional de enfermagem de saúde familiar*.
- Antunes, M. da C. P., & Mendes, D. S. (2022). (Re) construindo vidas: intervenção comunitária e desenvolvimento humano. *Revista de Educación*, 2(32). <https://doi.org/10.37177/UNICEN/EB32-331>
- Araújo, A., & Gouveia, L. (2016). Uma revisão sobre os princípios da Teoria Geral dos Sistemas. *Revista Estação Científica*, 16, 1–14. <https://portal.estacio.br/media/3727396/uma-revis%C3%A3o-sobre-os-princ%C3%ADpios-da-teoria-geral-dos-sistemas.pdf>
- Arenas, L. J. M., Durango, P. A. O., & Muñoz, D. T. (2020). Self, Autorreferencia Y Su Incidencia En El Estilo Del Terapeuta Sistémico. *Tempus Psicológico*, 3(2). <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.2.3387.2020>
- Armstrong, C. M., Ciulla, R. P., Edwards-Stewart, A., Hoyt, T., & Bush, N. (2018). Best practices of mobile health in clinical care: The development and evaluation of a competency-based provider training program. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(5–6), 355–363. <https://doi.org/10.1037/pro0000194>
- Assembleia da República. (1979). *Lei 56/79, de 15 de Setembro. Diário da República nº 214/1979, Série I de 15 de setembro de 1979*.
- Barreto, M., & Marcon, S. (2014). Participação Familiar no Tratamento da Hipertensão Arterial na Perspectiva do Doente. *Texto Contexto Enferm*, 23(1), 38–46. <https://pdfs.semanticscholar.org/97d9/f36925d251114f901752a6fcc40345bbb476.pdf>
- Batista, A., & Farias, G. (2020). Informação Científica e Tecnológica: revisão de literatura acerca da comunicação e produção. *Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 70–99. <https://orcid.org/0000-0002-5621-402X>
- Bautista-Mier, H. A., Rodríguez-Gutiérrez, A. F., Torres-Espinosa, C., & López-Ramírez, J. H. (2021). Uso y percepción del personal de salud sobre una aplicación móvil para la

valoración geriátrica integral. *MedUNAB*, 24(2), 169–182.
<https://doi.org/10.29375/01237047.4041>

- Bentes, A., Pedroso, J., & Falcão, D. (2021). Papéis desempenhados por pais idosos e filhos na velhice: revisão integrativa de literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 321–337.
<https://doi.org/https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i3p321-337>
- Bento, M., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários-Prática Baseada na Evidência. *Journal of Aging & Innovation*, 10(1), 15–33.
<https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2JAIIV10E1-1.pdf>
- Bezerril, M., Chiavone, F., Mariz, C., Sonenberg, A., Enders, B., & Santos, V. (2018). Prática avançada de enfermagem na América Latina e Caribe: análise de contexto. *Acta Paul Enferm*, 31(6), 636–643. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800087>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 701–711.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Brito, J. (2018). *Humanizar a Serra - Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas* [Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/23594>
- Bungsu, P. P., Rekawati, E., & Wiarsih, W. (2019). Elderly care givers behavior associated with physical exercise implementation among elderly with hypertension. *Enfermería Clínica*, 29, 585–587. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2019.04.090>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7.^a ed.). St. Louis: Elsevier.
- Camelo, S., & Angerami, E. (2013). Competência Profissional: A Construção de Conceitos, Estratégias Desenvolvidas pelos Serviços de Saúde e Implicações para a Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 552–560. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Capela, N., & Polonia, J. (2023). Reflexão sobre situação da Hipertensão em Portugal com base na ferramenta BI-CSP. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 98, 8–9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.58043/rphrc.109>
- Cavalcante, G. A., Lima, L. M. de, & Neri, J. G. (2020). Entendendo a sexualidade na terceira idade: Revisão Integrativa. Em *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos - Volume 2* (pp. 126–134). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200901215>
- Cesar, C. C. F., & Costa, J. S. (2018). *Terapia familiar sistêmica*. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A.
- Cordeiro, R., Arco, H. R., & Carvalho, J. C. (2021). Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal. Em *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. (pp. 133–140). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - um estudo de caso. *E G I T A N I A S C I E N C I A*, 1, nº28, 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>

- Costa, B. C. P., Veiga, E. V., Terra, F. de S., Costa, J. C., Fava, S. M. C. L., & Resck, Z. M. R. R. (2021). Construção e refinamento de um web aplicativo para o ensino da medida da pressão arterial. *Enfermagem Brasil*, 20(5), 639–649. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4767>
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Em *Enfermagem Brasil* (Vol. 15, Número 3).
- Costa, L. F., Caixeta, L. V. V., De Carvalho, L. O. R., Barbosa, C. O., Ferreira, I. B., Reis, V. H. S., De Toledo, L. F. e S., Moura Neto, L. A. dos R., Olavarria, R. de C., Oliveira, A. G. L., & Gomes, K. H. (2023). Síndrome de Lynch: uma abordagem diagnóstica, evolução clínica e revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 21402–21409. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-168>
- Dantas, M., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2022). Family health nurse interventions in the diabetes surveillance consultation. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21084>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Hipertensão Arterial: definição e classificação Profissionais do Sistema Nacional de Saúde*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Diabetes em Movimento*. <https://diabetesemmovimento.wordpress.com/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde*. www.dgs.pt
- Domingos, C. S., Toledo, L. V., Moura, C. de C., Salgado, P. O., Boscarol, G. T., Azevedo, C., & Chianca, T. C. M. (2022). Características dos aplicativos móveis disponíveis para uso da enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(7), e10595. <https://doi.org/10.25248/reas.e10595.2022>
- Duvall, E. M., & Kerckhoff, R. K. (1958). Implications for Education through the Family Life Cycle. Em *Source: Marriage and Family Living* (Vol. 20, Número 4). <http://www.jstor.org> URL: <http://www.jstor.org/stable/348255>
- Fernandes, C. (2014). *A família como foco dos cuidados de Enfermagem - Aprendendo com o «Family Nursing Game»*. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33839
- Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista Familiar Sistémica. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 403–406). Lidel.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Fetsch, C. F., Portella, M., Kirchner, R. M., Gomes, J., Benett, E. R., & Stumm, E. (2016). Estratégias de Coping entre Familiares de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(1), 17–25. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n1.175>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

- Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar - Estudos de Caso*. SABOOKS.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Abordagens narrativas. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., p. 453). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Ecomapa. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 350–352). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023c). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed.). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023d). Os fundamentos do Pensamento Sistémico. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 68–76). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023e). Princípios da Entrevista Familiar Sistémica. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 407–416). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023a). Conotação positiva. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 438–439). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023b). Metáfora. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 445–446). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023c). Rituais Terapêuticos. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 443–444). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Fonseca, I. (2023). Conceito de Cuidados de Enfermagem à Família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 140–143). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Gonçalves, E., Marques, E., Vitor, C., Murteiro, A., Lebreiro, M., & Rego, R. (2020). Estratégias de coping na família da pessoa portadora de esclerose múltipla. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 124–128. <http://hdl.handle.net/10400.26/31405>
- Figueiredo, M. H., Guedes, V., & Lebreiro, M. (2023). Multidimensionalidade da Saúde Familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 125–129). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023a). Escala de APGAR Familiar De Smilkstein. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 359–360). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023b). Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 357–358). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Escala de Graffar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., pp. 353–356). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Santos, I., & Santiago, C. (2023). Transformações sociais e complexidade interacional. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 96–100). Lidel.
- Fonseca, I., Cruz, M., Figueiredo, M. H., Monteiro, V., Pinho, C., & Borges, L. (2023). O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-

- correlacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 71–83. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.196>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.).
- Gonçalves, O. (2019). *Promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular: Construção de um procedimento de enfermagem* [Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2163/1/Olga_Goncalves.pdf
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação* (2.^a ed.). Lusociência.
- Harkensia, L., Susanti, S., & Tahlil, T. (2022). Family Support in Controlling Hypertension among the Elderly in Lhokseumawe City: A Descriptive Phenomenological Study. *International Journal of Nursing Education*, 14(4), 45–50. <https://doi.org/https://doi.org/10.37506/ijone.v14i4.18681>
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. <http://www.who.int/en/>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosomatic Research*, 11(213).
- Hwang, G.-J., Jen, H.-J., & Chang, C.-Y. (2023). Effects of a Technology-Supported Decision, Reflection, and Interaction Approach on Nursing Students' Learning Achievement and Self-Efficacy in Professional Training: A Pilot Study. *Healthcare*, 11(8), 1164. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081164>
- INE. (2022). *Estatísticas da Saúde - 2020* (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). www.ine.pt
- INE/PORDATA. (2022). *O que nos dizem os censos sobre as estruturas familiares* (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.).
- INE/PORDATA. (2023a). *Dados sobre as famílias em Portugal*. <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/familias-29>
- INE/PORDATA. (2023b). *Dados sobre população residente em Portugal*. <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/populacao+residente-28>
- INE/PORDATA. (2023c). *Pirâmide etária de Portugal: de 1974 a 2022*. <https://www.pordata.pt/cinco-decadas-democracia-em-portugal/populacao>
- Internacional Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: from evidence to action*.
- International Council of Nurses. (2002). *Nurses always for you*. Conselho Internacional dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice – Browser, 2019 release*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council Of Nurses. (2020). *Guidelines On Advanced Practice Nursing 2020*. International Council Of Nurses.

- International Family Nursing Association. (2023). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*.
- Johnson, E., & Carrington, J. M. (2023). Revisiting the nursing metaparadigm: Acknowledging technology as foundational to progressing nursing knowledge. *Nursing Inquiry*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12502>
- Johnson, K., Chambers, C., & Corden-LePetit, D. (2019). Technology-enabled care in practice: from apps to Skype. *Practice Nursing*, 30(9), 444–447. <https://doi.org/10.12968/pnur.2019.30.9.444>
- Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 297–308. <https://doi.org/10.1111/jan.15481>
- Lima, C., & Barbosa, S. (2019). Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 21. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53278>
- Lion, C. M. (2017). Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57), 21–36. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/275>
- Lopes, M., & Marcon, S. (2009). A hipertensão arterial e a família: A necessidade do cuidado familiar. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2), 343–350. www.ee.usp.br/reeusp/
- Lorena, L., Batista Da Silva, N., & Rabelo, D. F. (2017). Afetividade e Conflito nas Díades Familiares, Capacidade Funcional e Expectativa de Cuidado de Idosos. Em *Pensando Famílias* (Vol. 21, Número 1).
- Luna, I. J., & Scapini, A. N. (2019). Mudanças na Comunicação ao Longo da Terapia de Abordagem Sistêmica: Um Estudo de Caso. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), 210. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p210>
- Machado, D. R., Laranjeira De Almeida, A., Figueiredo, M. H., & Brás, M. (2022). ESTUDO DE CASO, COM APLICAÇÃO DO MDAIF. 4º congresso internacional de enfermagem de saúde familiar. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20905/1/AVALIA>
- Marques, J. (2023). Famílias com membros com doença genética. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 229–232). Lidel.
- Marques, T., Moutinho, L., Fernandes, M., Guedes, V., Ferreira, M., Figueiredo, M., & Marques, A. (2023). Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 99–109. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.216>
- Martins, A. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família* [Instituto Superior Miguel Torga]. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/094b0cc3-5640-44dc-8605-d4bbc79025ce/contenthttps://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/094b0cc3-5640-44dc-8605-d4bbc79025ce/content>

- Martins, M. (2023). Conceito de Saúde Familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., Vol. 1, pp. 122–124). Lidel.
- Matos, D., & Grácio, Á. (2016). *Rituais Familiares e Percepção de Falso Self em Adultos Emergentes*.
- Maturana, H., & Varela, F. (1997). *De máquinas e seres vivos. Autopoiese, a Organização do Vivo*. Artes Médicas.
- Maturana, H., & Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Palas Athena.
- Maudsley, G., Taylor, D., Allam, O., Garner, J., Calinici, T., & Linkman, K. (2019). A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review of: What works best for health professions students using mobile (hand-held) devices for educational support on clinical placements? BEME Guide No. 52. *Medical Teacher*, 41(2), 125–140. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1508829>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Miller, W. R., & Rollick, S. (2002). *Motivacional interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Ministério da Saúde. (2007a). *Decreto-Lei nº 297/2007 de 22 de Agosto. Diário da República, 1ª série - Nº 161 - 22 de Agosto de 2007*.
- Ministério da Saúde. (2007b). *Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. Diário da República, 1ª série - Nº 201 - 18 de Outubro de 2007*.
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. Diário da República, 1ª série - Nº 149 - 5 de agosto de 2014*.
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho. Diário da República, 1ª série — Nº 118 — 21 de junho de 2017*.
- Ministério da Saúde. (2024). *Sobre os Sistemas de Informação*. <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2008). *Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril. Diário da República nº 77/2008, Série I de 18 de abril de 2008*.
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., Schoeller, S. D., & Antunes, L. (2021). Assistência à Saúde dos Idosos: Equipe Interdisciplinar de Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem* 35, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>
- Neto, F. R., Pessoa, C., Santos, F. D., Lourenção, L., Vasconcelos, L., Oliveira, E., Freire, N., Cunha, I. C., & Machado, M. H. (2022). Gestão da educação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Journal Health NPEPS*, e6296. <https://doi.org/10.30681/252610106296>
- Neto, M., Rewa, T., Leonello, V., & Oliveira, M. (2018). Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 716–721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>

- Nobre Figueiredo, S., Brites, M. J., & Sousa, J. E. (2023). Empowerment of hypertensive individuals and families in disease management: a community nursing intervention. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 61–72. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.258>
- Nóbrega, T., & Figueiredo, MC. (2020). Empowerment aos Idosos com Hipertensão Arterial: Uma Scoping Review. *Rev UIIPS*, 8(1), 246–259. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- O'Connor, S., Chu, C. H., Thilo, F., Lee, J. J., Mather, C., & Topaz, M. (2020). Professionalism in a digital and mobile world: A way forward for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 4–6. <https://doi.org/10.1111/jan.14224>
- Oliveira, R. L. de, Pequeno, B. E. de M., Maconato, A. M., Veiga, D. de O. C. da, Almeida, S. K. R. de, Cavalcanti, T. V. C., Barros, R. R. de, Silva, I. F., Lima, I. N. de, Abranches, C. de A. F., & Oliveira, M. C. de. (2021). Velhice e sexualidade na pós-modernidade: um estudo sobre o corpo e o prazer. *Research, Society and Development*, 10(2), e28410212628. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12628>
- Oliveira, R. M., Duarte, A. F., Alves, D., & Furegato, A. R. F. (2016). Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0661.2726>
- OMS. (2000). Munich Declaration Nurses and midwives: a force for health. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(4), 207–208. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1522>
- OMS. (2003). *Saúde para todos no século XXI: uma Introdução*. Lusociência.
- OMS. (2018). *mHealth - Use of appropriate digital technologies for public health*.
- OMS. (2019). *Representante da OMS explica o uso de tecnologias de saúde digital*.
- OMS. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento nº 126/2011*. *Diário da República*, 2ª série - nº 35 - 18 de Fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem* (S. A. NORPRINT Artes Gráficas, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento nº 367/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Enfermagem de Saúde Familiar*. *Diário da República*, 2ª série - 124 - de 29 de junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 428/2018*. *Diário da República*, 2ª Série - nº 135 - 16 de julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº 140/2019*. *Diário da República*, 2ª série - nº 26 - 6 de fevereiro de 2019.
- Paschoal, V., & Grandesso, M. (2014). O Uso de Metáforas em Terapia Narrativa: Facilitando a Construção de Novos Significados. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 48, 24–43.
- Passos, C. N. (2019). *Transformação Digital na Saúde: Desafios e Perspectivas Digital Transformation in Health: Challenges and Perspectives*. www.revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br

- Pereira, J. (2018). *Hypertension Prevalence in Portugal: Systematic Review and Meta-analysis of Population-based Studies on 21 th Century*. Universidade da Beira Interior.
- Pinheiro-Carozzo, N. P., Da Silva, I. M., Murta, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções Familiares para Prevenir Comportamentos de Risco na Adolescência: Possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. Em *Pensando Famílias* (Vol. 24, Número 1).
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>
- Pires, A. (2023). Teorias de Enfermagem. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 89–90). Lidel.
- Policarpo, G., Calixto, A., Oliveira, A., Tavares, L., & Silva, I. (2019). Grupo motivacional utilizando a metáfora da metamorfose da borboleta em uma unidade de adição. Em HCPA: Escola de Enfermagem UFRGS (Ed.), *Semana de Enfermagem* (p. 107).
- Pratas, C. (2023). *Relatório de Estágio em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF: Intervenções do Enfermeiro de Família mais Eficazes na Redução da Prevalência da Hipertensão nos Cuidados de Saúde Primários*. Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2005). *Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005. Diário da República nº 196/2005, Série I-B de 12 de outubro de 2005*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto. Diário da República, 1ª série de 4 de agosto de 2022*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023a). *Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro. Diário da República, 1ª série de 7 de novembro de 2023*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023b). *Decreto-Lei nº 103/2023, de 7 de novembro. Diário da República, 1ª Série - Nº 215 - de 7 de novembro de 2023*.
- Presidência do Conselho de Ministros, F. e S. (2023c). *Portaria n.º 306-A/2023 de 12 de outubro. Diário da República, 1ª série de 12 de outubro de 2023*.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*.
- Rebelo, B. (2023). Modes of relating to retirement. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 102, 143–164. <https://doi.org/10.7458/SPP202310228525>
- Reis, M., Reis, J., & Ferreira, S. (2020). Caracterização de hipertensos seguidos numa unidade de saúde familiar do distrito de Setúbal. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 10–14. https://www.sphta.org.pt/files/sphta_79_2020_0910.pdf
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023a). Entrevista Motivacional. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 459–462). Lidel.

- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023b). Reenquadramento. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 436–437). Lidel.
- Ribeiro, M. de R. (2023). *Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: Mais conhecimento, melhor saúde* [Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/45412>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2016). Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(10), 125–133. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>
- Rodrigues, G. C., Amarante, J., Pinto, M. A., & Galvão, K. (2023). Impacto do Uso de Aplicativos no Monitoramento de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde da Família. *UNICIÊNCIAS*, 26(2), 84–92. <https://doi.org/https://doi.org/10.17921/1415-5141.2022v26n2p84-92>
- Russell, L. T., Coleman, M., & Ganong, L. (2018). Conceptualizing Family Structure in a Social Determinants of Health Framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), 735–748. <https://doi.org/10.1111/JFTR.12296>
- Santos, I., von Humboldt, S., & Leal, I. (2020). O Efeito da Imagem Corporal e da Satisfação Conjugal no Ajustamento do Envelhecimento dos Idosos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(01), 111–116. <https://doi.org/10.15309/20psd210117>
- Sardinha, A. H. de L., Sousa, L. G., Sousa, S. M. F. de, & Almeida, J. dos S. (2022). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Revista de APS*, 24(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Enfermagem e Pesquisa na Atenção Primária: Conhecimentos e Habilidades para e Prática Baseada em Evidência. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v9i1.3944>
- Sequeira, J., & Alarcão, M. (2013). Porquê não mudam as famílias? Narrativas de terapias familiares de insucesso. *Temas em Psicologia*, 203–219. <https://doi.org/10.9788/tp2013.1-15>
- Silva, A. M. de A., Mascarenhas, V. H. A., Araújo, S. N. M., Machado, R. da S., Santos, A. M. R. Dos, & Andrade, E. M. L. R. (2018). Mobile technologies in the Nursing area. Em *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 71, Número 5, pp. 2570–2578). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0513>
- Silva, A. S., Germano Ferreira, N., Da Silva Jardimino, D., Alves do Nascimento, L., & Minervina Moraes de Sabino, L. (2022). Aplicação de Entrevista Motivacional no Âmbito da Saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1452>
- Silva, J. P. da, Crepaldi, M. A., & Bousfield, A. B. da S. (2021). Representações Sociais e Doenças Crônicas no Contexto Familiar: Revisão Integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 125–140. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Silva, E., Gomes, P., Matos, P., Silva, E., Silva, J., Neves, M., & Sales, C. (2021). Adaptação familiar ao risco genético de cancro: Um estudo qualitativo. *2º Congresso de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro*.

- Silva, M., Coutinho, V., Figueiredo, M. H., & Coelho, A. (2022). *Metodologias Pedagógicas em Enfermagem de Saúde Familiar: Protocolo de Scoping Review*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v>
- Silveira, L. K., Carvalho, L. O., Rosa, L. F. F., Paraizo, C. M. S., Dázio, E. M. R., & Fava, S. M. C. L. (2020). Aplicativos móveis sobre hipertensão arterial sistêmica: revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development*, 6(2), 7413–7422. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n2-153>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Smilkstein, G. (1984). The Physician and Family Function Assessment. *Family Systems Medicine*, 2(3), 264–278.
- Sousa, T. (2017). *Tele-Enfermeiro Evolution* [Mestrado em Redes e Sistemas Informáticos]. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- SPESF. (2024). *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://spesf.pt/>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 92–95). Lidel.
- Szara, M., & Klukow, J. W. (2023). New technologies used in the education of nurses and midwives. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 22(3), 181–194. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2023-0026>
- Teixeira, Y. B. da S., & Antunes, E. P. (2021). Qual é a importância dos congressos científicos? Visões de pós-graduandos e docentes da Química de uma universidade pública. *Research, Society and Development*, 10(5), e34910515098. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15098>
- Vieira, D., Falcão, S., Rocha, E. C., Nunes, C., Sursis, J., & Ferro Bucher-Maluschke, N. (2020). COVID-19: Repercussões nas Relações Conjugais, Familiares e Sociais de Casais Idosos em Distanciamento Social. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 531–556. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23iEspecial28p531-556>
- Whall, A., & Fawcett, J. (1991). *Family theory development in nursing: state of the science and art*. F.A. Davis Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias – um guia para avaliação e intervenção na família*. (3.ª ed.). Roca.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª Edição). Editora Roca.
- Zhou, B., Carrillo-Larco, R. M., Danaei, G., Riley, L. M., Paciorek, C. J., Stevens, G. A., Gregg, E. W., Bennett, J. E., Solomon, B., Singleton, R. K., Sophiea, M. K., Iurilli, M. L., Lhoste, V. P., Cowan, M. J., Savin, S., Woodward, M., Balanova, Y., Cifkova, R., Damasceno, A., ... Ezzati, M. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
- Jordan, E. P., Dellatorre, R., & Wiczorek, L. (2012). A Entrevista na Terapia Familiar Sistêmica: Pressupostos Teóricos, Modelos e Técnicas de Intervenção. *Erechim*. v, 36, 133–142.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de Avaliação das Famílias

QUESTIONÁRIO

Composição familiar:

Número de membros da família:

Membro	Sexo	Data de nascimento
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Tipo de família:

Subsistemas familiares:

Etapa do ciclo vital familiar	
Fase de estabelecimento (recém-casados sem filhos)	
Início da parentalidade (família com uma criança com um máximo de 3 anos)	
Família com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho com idade compreendida entre os 3 a 6 anos)	
Família com crianças em idade escolar (filho mais velho com idade compreendida entre os 6 e 12 anos)	
Família com adolescentes (filho mais velho com idade compreendida entre os 13 e 20 anos)	
Família como centro de lançamento (período desde a saída de casa do filho mais velho, até à saída do mais novo)	
Família na meia-idade (período de “ninho vazio”)	
Família em envelhecimento (período desde a reforma do(s) assalariado(s) da família até à morte de um/ambos os cônjuges)	

Escala de Graffar adaptada

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

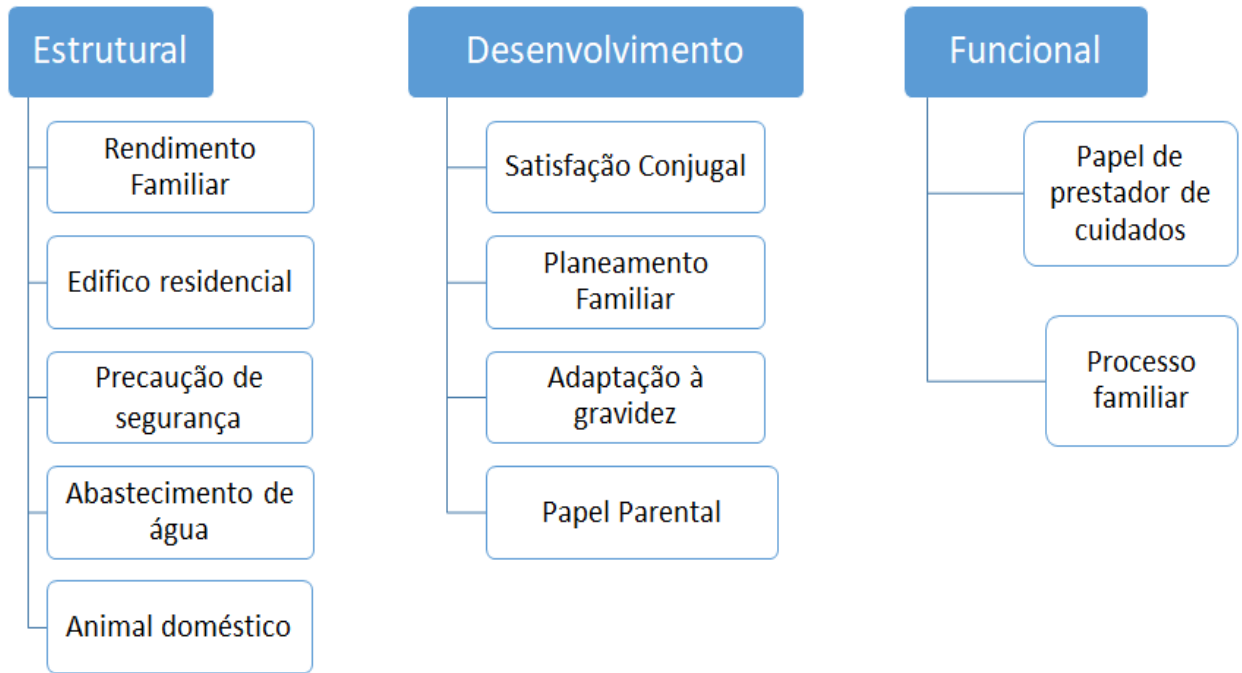
Presença de animal doméstico:

Presença de familiar dependente:

Presença de membro da família com doença crónica:

ANEXO II - Matriz Operativa do MDAIF: Versão Reduzida Adaptado de Figueiredo, 2012

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

--

Dado avaliativo: Tipo de Família *(eliminar o que não se adequa)*

Família nuclear	Coabitação
Família reconstruída	Família Institucional
Família monoparental	Comuna
Monoparental liderada pelo homem	Unipessoal
Monoparental liderada pela mulher	Alargada
Outro <i>(especificar)</i>	

Dado avaliativo: Família Extensa

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

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

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

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e atualizado 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</u> ou <u>grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

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

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>

Critérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
<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>	



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional	
	Promover governo da casa	
	Reforçar o governo da casa	

	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
<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	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

	Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento (canalizado ou botija) e conhecimento sobre utilização de abastecimento de gás</u> . Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Precaução 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	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Precaução 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
<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	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada (eliminar o que não se adequa)
--------------------	--

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

<i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Orientar para serviços de controle da qualidade da água
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	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	<p><i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i></p> <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> <p>Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <p>Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u>

	<p>Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico</p> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <p>Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade</p> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <p>- <u>Outros dados:</u></p> <p><i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i></p>
Critérios diagnósticos	<p>Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou</p> <p>[(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>
Diagnóstico	<p>Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)
	Orientar para serviços da comunidade
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico
	Motivar para vacinação do animal doméstico
	Motivar para desparasitação do animal doméstico
	Supervisionar vacinação do animal
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	

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

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica <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.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados <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.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	Atividade diagnóstica	Resultados


<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	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	
<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	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	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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 sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</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	
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	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</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.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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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	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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: Relação dinâmica disfuncional e/ou Comunicação Não Eficaz e/ou Interação Sexual Não Adequada e/ou Relação Sexual Comprometida

Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz /Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
---------------------	--

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
 <i>Se Satisfação Conjugal Não Mantida</i> <i>(eliminar o que nao se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	finição 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)	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções	Data
<i>(repetir conforme necessário)</i>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.2- Planeamento Familiar
-------------	----------------------------------

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


<u>especializados em fertilidade</u>	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.221.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional	
<u>Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	

Atividade Diagnóstica do item <u>Uso de Contraceptivo</u>	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contraceptivo <i>Se Uso qual?</i>	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>Interrupção do uso de contraceptivo</u>	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contraceptivo <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>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contraceptivo adotado</u>	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

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>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>		
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos		
<u>Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher		
<u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre espaçamento</u>	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>	

<u>adequado das gravidezes</u>	Fundamentação				
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas				
<u>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica</td> <td>Resultados</td> </tr> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Atividade diagnóstica	Resultados			
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
	Fundamentação				
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 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
	<i>Se Planeamento Familiar Ineficaz</i> ineficaz por Fertilidade Comprometida / o 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>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência

<i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
<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	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

<p><u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u></p>	<p>Atividade diagnóstica e resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
<u>Conhecimento sobre desenvolvimento fetal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
<u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados


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

<p><u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Fundamentação</p>				
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u></p>	<p>B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</p> <table border="1" data-bbox="480 595 1366 871"> <tr> <td data-bbox="480 595 828 871"> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="828 595 1366 871"> <p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </table> <p>Fundamentação</p>		<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>			
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u></p>	<p>B.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</p> <table border="1" data-bbox="480 983 1366 1408"> <tr> <td data-bbox="480 983 828 1408"> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="828 983 1366 1408"> <p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </table> <p>Fundamentação</p>		<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>			
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comunicação Não eficaz se:</p> <p>Um dos itens se situar no NÃO</p>			
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>			
<p>Dimensão</p>	<p>B.3.3- Comportamentos de adesão</p>			
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</p>			

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

<p>Foco</p>	<p>B.3. Adaptação à gravidez</p>
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: Conhecimento Não demonstrado e/ou</p>

	Comunicação Não Eficaz e/ou Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado (<i>eliminar o que não se adequa</i>)

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
 <p>Se Adaptação à Gravidez Não Adequada</p>	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de 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>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>

	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
<u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	

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

<p><u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><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</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se:</p> <p>Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></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 adequado à criança</u></p>	<p>B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

	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/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso 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 <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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 técnica de lavagem dos dentes</u>	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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 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>	
B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança		

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

<u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</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>
<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>
<u>Fundamentação</u>		
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>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento</u>	B.4.2.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades,</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>


<u>cognitivo, psicossocial e social</u>	<i>narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)</i>	
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.15-Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Critérios diagnósticos	Conhecimento 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	B.4.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>		
	B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u></p>	<p>B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Fundamentação</p> <p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u></p>	<p>B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança</p> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Fundamentação</p> <p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Fundamentação</p> <p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança</p> <p>Atividade diagnóstica</p>	<p>Resultados</p>

<u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à 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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
<u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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.4.3.9-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	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Os pais interagem positivamente com a 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>
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)	
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
	<i>Se Papel Parental Não Adequado</i>	or Conhecimento do papel Não demonstrado / o demonstrado / Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	(Recém-nascido) Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial

	<p>Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial</p> <p>Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre vigilância de saúde</p> <p>Ensinar os pais sobre características do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre processo de vinculação</p>
	<p>(De recém-nascido até à infância escolar)</p> <p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicosexual e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p>
	<p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para higiene adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança</p>

	<p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança</p> <p>Motivar os pais para a socialização da criança</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Orientar para serviços sociais</p> <p>Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
<p><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></p>	
<p>Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i></p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i></p>	<p>Data</p>
<p><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i></p>	<p><i>(colocar resultados/dados)</i></p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

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

<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> <p>Fundamentação</p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u></p>	<p>B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral</p> <table border="1" data-bbox="512 651 1356 927"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 651 823 696">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="823 651 1356 696">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 696 823 927"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="823 696 1356 927"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u></p>	<p>B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <table border="1" data-bbox="512 1135 1356 1411"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 1135 823 1180">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="823 1135 1356 1180">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 1180 823 1411"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="823 1180 1356 1411"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <table border="1" data-bbox="512 1617 1356 1892"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 1617 823 1662">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="823 1617 1356 1662">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 1662 823 1892"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="823 1662 1356 1892"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u>	B.5.1.8- 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.5.1.9- 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 sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre 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.5.1.11- 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>
	<u>Fundamentação</u>	

	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	

Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>				
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola				
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários				
<u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica</td> <td>Resultados</td> </tr> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Atividade diagnóstica	Resultados			
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar				
<u>Criação de espaço para a criança estudar</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica</td> <td>Resultados</td> </tr> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Atividade diagnóstica	Resultados			
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança				
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica</td> <td>Resultados</td> </tr> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Atividade diagnóstica	Resultados			
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
<u>Fundamentação</u>					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares				
	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica</td> <td>Resultados</td> </tr> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas)</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas)</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Atividade diagnóstica	Resultados			
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas)</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				


<p><u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u></p>	<p><i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Promoção da socialização/autonomia da criança</u></p>	<p>B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Crítérios diagnósticos</p>	<p>Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se:</p> <p>Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.5.3- Comportamentos de Adesão</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u></p>	<p>B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p>	<p>Resultados</p>	

<p><u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p><u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p><u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p><u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>Fundamentação</p>	
<p><u>Os pais promovem um</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

<u>padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
<u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.9-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.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Saturação do papel</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>
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)
Critérios diagnósticos	<p>Papel parental não adequado se:</p> <p>Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou</p> <p>Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou</p> <p>Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou</p> <p>Conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim</p>
 Cl	<p><i>Se Papel Parental Não Adequado</i></p> <p>Conhecimento do papel Não demonstrado / Adaptação da família a escola não Eficaz / Comportamentos de adesão Não demonstrado /</p> <p>Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
<p>Intervenções Sugeridas</p> <p><i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p>

<p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p>
<p>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>
<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>

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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas)</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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 ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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.6.1.8- 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>	

	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
<u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se:	


	Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	
<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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
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>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente	

<p><u>Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de regras entre subsistemas</p>	
<p><u>Os pais definem regras entre os subsistemas</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos</p>	
<p><u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida</p>	
<p><u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente</p>	
<p><u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>		
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>		
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>		
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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>Consenso do papel</u>		

Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) 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.6.5 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) 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.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>


Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao</p>
 <p><i>Se Papel Parental Não Adequado</i></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 redifinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
<p><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></p>	
<p><u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i></p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i></p>	<p>Data</p>
<p><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i></p>	<p><i>(colocar resultados/dados)</i></p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

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	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
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	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do Papel</u>	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	<p>Papel parental não adequado se:</p> <p>Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou</p> <p>Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou</p> <p>Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim</p>
 a	<p>Se Papel Parental Não Adequado or Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão não demonstrado / Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (<i>eliminar o que não se adequa</i>)</p>

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	
Saturação SIM	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (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>	

DIMENSÃO FUNCIONAL

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

Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u>		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		

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

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

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

<u>Autocuidado</u> <u>Comer</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u>	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <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	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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


<u>sobre</u> <u>Autovigilância</u>					
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>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
	Fundamentação				
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>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
	Fundamentação				
Atividade Diagnóstica do item	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</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividade diagnóstica</th> <th>Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				

<p><u>Higiene adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p>Fundamentação</p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="419 517 1361 792"> <thead> <tr> <th data-bbox="419 517 738 568">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="738 517 1361 568">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="419 568 738 792"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="738 568 1361 792"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="419 1039 1361 1314"> <thead> <tr> <th data-bbox="419 1039 738 1090">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="738 1039 1361 1090">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="419 1090 738 1314"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="738 1090 1361 1314"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da</u></p>	<p>C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p> <table border="1" data-bbox="419 1561 1361 1836"> <thead> <tr> <th data-bbox="419 1561 738 1612">Atividade diagnóstica</th> <th data-bbox="738 1561 1361 1612">Resultados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="419 1612 738 1836"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> <td data-bbox="738 1612 1361 1836"> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Fundamentação</p>		Atividade diagnóstica	Resultados	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
Atividade diagnóstica	Resultados					
<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>					

<p><u>família dependente</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<p>Fundamentação</p>	
	<p>C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância</p>	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Fundamentação</p> <p>Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se:</p> <p>Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>C.1.3- Consenso do Papel</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Consenso do papel</u></p>	<p>C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO</p> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>C.1.4- Conflito do Papel</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conflito do papel</u></p>	<p>C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO</p> <p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
<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	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Crítérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
 Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado	Por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / Conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho

<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) <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 Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <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 intimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica	
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.	

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		

4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		

Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA

FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					

8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					

26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																				
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score			
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)				
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	2	5	1	1	2	7	13	2	1	15	30
Adaptabilidade familiar																				
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total				
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)							
	2	14	28	4	16	6	18	8	2	2	0	6	1	2	12	4				

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade				Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada	
	74			65				
7	73	Ligada	7	65	Flexível	7	Moderadamente equilibrada	
	71			55				
6	70	Ligada	6	54	Flexível	6	Moderadamente equilibrada	
	65			50				

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)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

7 a 10	4 a 6	0 a 3			
Família altamente funcional	Família com moderada disfunção	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	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>Comunicação Emocional</u>	<i>identificação do(s) cônjuge(s)</i>	
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		

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

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

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade e da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade e da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou

	Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Processo Familiar Disfuncional

livre)

Intervenções Sugeridas

(eliminar o que não se adequa)

Promover a comunicação expressiva das emoções

Promover o envolvimento da família

Otimizar a comunicação na família

Planear rituais familiares

Otimizar padrão de assertividade

Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família

Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família

Promover a comunicação expressiva das emoções

Promover o envolvimento da família

Colaborar na identificação dos papéis familiares

Avaliar as dimensões não consensuais do papel

Avaliar saturação do papel

Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família

Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família

Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)

Requerer Serviço Social

Promover estratégias de coping para o papel

Promover o suporte da família

Requerer serviços de saúde (Psicologia)

Promover a comunicação expressiva das emoções

Promover o envolvimento da família

Avaliar os conflitos do Papel

Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família

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

ANEXO III – Diagnóstico de Necessidades de Formação Profissional

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

Este formulário surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Com o mesmo pretende-se identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF, tendo sido desenvolvido pelas mestrandas Joana Pinho, Juliana Ferreira e Inês Portilho Viseu.

Todos os dados serão confidenciais e anónimos.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Idade *

Marque todas que se aplicam.

- 21 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- 61 a 70

2. Sexo *

Marque todas que se aplicam.

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

3. Tempo de exercício profissional *

Marque todas que se aplicam.

- Até 1 ano
- 1 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos

4. Tempo de exercício profissional em CSP *

Marque todas que se aplicam.

- Até 1 ano
- 1 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos

5. Habilitações académicas *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Título de enfermeiro especialista pela OE * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

7. Se sim, indique qual a área de especialidade *

8. Descreva o que entende por família. *

9. Descreva o que entende por saúde familiar. *

10. Descreva o que entende por cuidados de enfermagem à família. *

-
11. Tendo em consideração a sua percepção relativamente à prestação de cuidados, de 1 a * 10, onde 1 = Totalmente Incompetente e 10 = Totalmente Competente, como descreve a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente?

Marque todas que se aplicam.

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

12. Já teve formação sobre Avaliação e Intervenção Familiar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. Se sim, especifique a formação? *

14. Conhece ou já ouvi falar de algum modelo de avaliação e/ou intervenção familiar? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. Se sim, qual? *

16. Se sim, já teve formação sobre esse modelo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. Considera útil a utilização de aplicações móveis na sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. Se sim, enumere dois aspetos de utilidade. *

19. Utiliza aplicações móveis na sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. Se sim, quais? *

21. Tendo em consideração a sua percepção relativamente ao grau de competência, de 1 a * 10, onde 1 = Totalmente Incompetente e 10 = Totalmente Competente, como descreve a sua competência na utilização de aplicações móveis?

Marque todas que se aplicam.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

22. Considero útil aceder a uma aplicação móvel com orientações sobre o processo de * enfermagem (dados, diagnósticos, intervenções) segundo um modelo.

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente (ou neutro)
- Concordo
- Concordo totalmente.

23. Se sim, qual modelo considera? *

24. Se sim, considera útil ter formação sobre uma aplicação móvel? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

25. Se sim, que contributos considera que esta formação pode ter? *

ANEXO IV – Plano de Sessão de Formação Profissional

Sessão							
Tema	FamiliApp	Horário	Local de realização	Duração	20 min		
Data:	Sala de Reuniões USF						
Objetos gerais/s	Apresentar FamiliApp						
Pré-requisitos (s.a)	Para aceder a esta sessão de formação, os formandos devem ser enfermeiros na USF.						
Intervenientes							
Formandos	Equipa de Enfermagem USF						
Formador	Joana Pinho, Juliana Ferreira, Inês Portillo Viseu						
Outros (s.a)	Assinatura:						
Plano de sessão - Operacionalização sessão							
Etapa (I/D/C)	Tempo	Objetivos específicos (operacionais)	Conteúdos programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades a realizar	Recursos	Avaliação
Introdução	5min	Apresentar formadora verbalmente, tema e contexto temático em 3 minutos Apresentar ordem de trabalhos, verbalmente, em 2 minutos.	Apresentação do tema, Apresentação dos objetivos;	Expositivo exposição oral de conteúdos Interrogativo formulação de questões	Diálogo entre grupo	Computador, tela, apresentação ppt e videoprojector	Diagnóstica (Formulação oral de perguntas)
Desenvolvimento	10min	Os formandos/as deverão ser capazes de: Descrever família Descrever avaliação e intervenção familiar Identificar três modelos de avaliação e intervenção familiar Definir aplicação móvel Articular aplicação móvel com os cuidados de enfermagem Definir a aplicação móvel a ser desenvolvida pela mestranda - FamiliApp Descrever vantagens e desvantagens da utilização da aplicação móvel - FamiliApp Descrever modo de usar a aplicação móvel FamiliApp	Definição de família; Definição de avaliação e intervenção familiar; Modelos de Avaliação e intervenção familiar (MCAF, MCF e MDAP); Definição de aplicação móvel: Relação de aplicação móvel com os cuidados de enfermagem; Definição FamiliApp; Vantagens e desvantagens da utilização da FamiliApp; FamiliApp.	Expositivo exposição oral de conteúdos Interrogativo formulação de questões Demonstrativo visualização de um vídeo	Apresentação dos slides; Apresentação do vídeo; Diálogo entre grupo	Computador, tela, apresentação ppt, vídeo FamiliApp e videoprojector	Formativa (Formulação oral de perguntas/participação, Observação)
Conclusão	5min	Realizar síntese da sessão; Os formandos devem realizar o formulário google em 5 minutos respondendo a todas as questões.	Síntese da Sessão Formulário Google	Expositivo exposição oral de conteúdos	Teste de Avaliação	Computador, tela, apresentação ppt, videoprojector, Formulário Google, telemóveis dos formandos.	Sumativa (Formulação escrita de perguntas e Observação e Medição)

ANEXO V – Avaliação Sessão de Formação Profissional

Avaliação sessão de formação profissional

Este formulário surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Com o mesmo pretende-se avaliar a sessão de formação profissional desenvolvida pelas mestrandas Joana Pinho, Juliana Ferreira e Inês Portilho Viseu.

Todos os dados serão confidenciais e anónimos.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Idade *

Marque todas que se aplicam.

- 21 a 30
- 31 a 40
- 41 a 50
- 51 a 60
- 61 a 70

2. Sexo *

Marque todas que se aplicam.

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

3. Tempo de exercício profissional *

Marque todas que se aplicam.

- Até 1 ano
- 1 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos

4. Tempo de exercício profissional em CSP *

Marque todas que se aplicam.

- Até 1 ano
- 1 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos

5. Habilitações académicas *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Título de enfermeiro especialista pela OE * *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

7. Se sim, indique qual a área de especialidade *

-
8. Considero que o uso da aplicação móvel FamiliApp facilitaria o desenvolvimento da minha prática profissional.

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Indiferente (ou neutro)
- Concordo
- Concordo totalmente.

9. Justifique a resposta anterior. *

10. Tendo a possibilidade, utilizaria a aplicação móvel FamaliApp na sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. A aplicação móvel FamiliApp ainda está em desenvolvimento, considera que mais
* conteúdos do que os planeados e apresentados podem ser agregadas à mesma?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Se sim, refira quais.

13. Considera que algum conteúdo apresentado enquanto parte integrante da aplicação
* móvel FamiliApp deve ser retirado?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Se sim, quais e porque?

-
15. Tendo em consideração a sua perceção relativamente ao grau de competência, de 1 a * 10, onde 1 = Totalmente Incompetente e 10 = Totalmente Competente, como prevê ser a sua competência na utilização da aplicação móvel FamiliApp?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Considera que o desenvolvimento da aplicação móvel FamiliApp é vantajoso para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17. Se sim, em que aspetos?

18. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Inadequado e 10 = Totalmente Adequado, como avalia * a duração da sessão de formação?

Marcar apenas uma oval.

20. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as formadoras quanto ao cumprimento do horário?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as * formadoras quanto à adequação do tema?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as * formadoras quanto ao planeamento e organização da apresentação?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as * formadoras quanto à clareza na apresentação?

Marcar apenas uma oval.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as formadoras quanto ao domínio de conteúdos?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Incapazes e 10 = Totalmente Capazes, como avalia as * formadoras quanto à capacidade para esclarecer dúvidas?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. No global, de 1 a 10, onde 1 = Totalmente Inútil e 10 = Totalmente Útil, como avalia a * sessão de formação sobre a aplicação móvel FamiliApp?

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO VI – Certificado Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar



ESEP
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Emitido em: 19 de abril de 2022 14:18

CERTIDÃO DE REGISTO

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, certifica que consta do termo de curso número 7599, subscrito pelo Presidente desta Escola, que JOANA MARLENE MORAIS PINHO, filha de Henrique Manuel Dias de Pinho e de Maria Justina da Silva Morais, nascida no dia 12 de julho de 1998, na freguesia de Casais, concelho de Lousada, distrito do Porto, concluiu, no dia 13 de julho de 2021, o CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR com a classificação final de 16 (dezasseis) valores.

Porto, em 19 de abril de 2022

Presidente

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho



ANEXO VII – Certificado Conferencista WEBINAR: “A Família e as suas Dinâmicas: o MDAIF na Prática”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Pinho** foi conferencista no **WEBINAR “A Família e as suas Dinâmicas: o MDAIF na Prática”**, organizado no âmbito do 3.º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar, que se realizou na plataforma Colibri/Zoom, no dia 2 de junho de 2021 entre as 16:00 e as 20:00 horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 7 de junho de 2021

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,



Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves

ANEXO VIII – Certificado Autora Comunicação Oral: “Congresso Internacional A Família no Epicentro da Pandemia”



CERTIFICADO

Certifica-se que,

DAYANE CARVALHO

Apresentou a Comunicação Oral com o título **A FAMÍLIA COMO PARCEIRA DE CUIDADOS - APLICABILIDADE DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF) NO CONTEXTO HOSPITALAR** dos Autores **Joana Pinho, Inês Viseu, Dayane Carvalho, Sara Sousa, Ana Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo**, no **Congresso Internacional A Família no Epicentro da Pandemia**.

Organizado no âmbito do 3.º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar, que se realizou na plataforma Colibri/Zoom, no dia 26 de junho de 2021.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 28 de junho de 2021

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



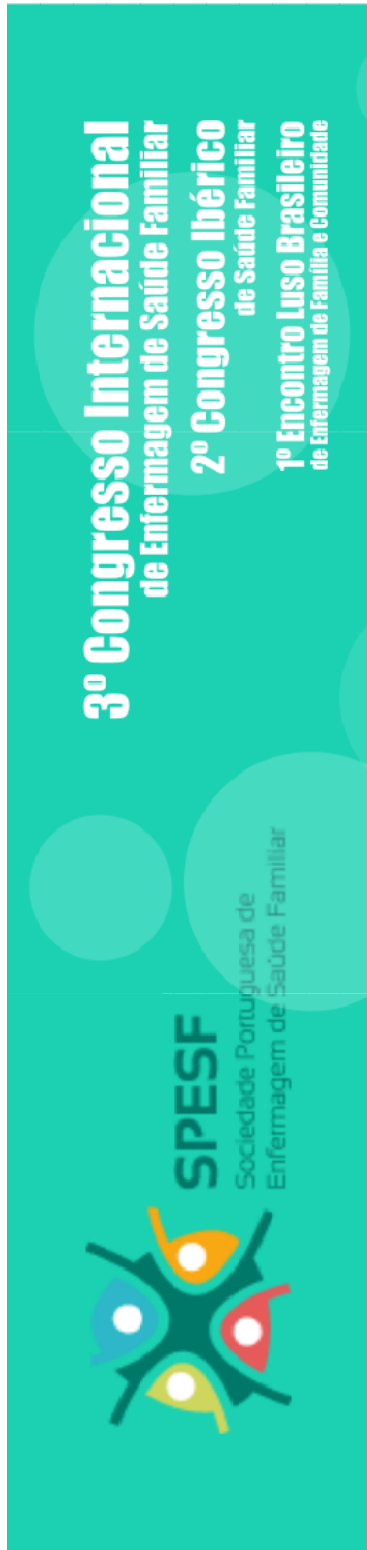
Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,



Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves

ANEXO IX – Certificado Autora Comunicação Oral: 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade



Certificado

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que **Joana Pinho, Inês Viseu, Dayane Carvalho, Sara Sousa, Ana Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo** são autoras da comunicação oral **A família como parceira de cuidados - aplicabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) no contexto hospitalar**, apresentada por **Joana Pinho** no 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, que decorreu nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021.

Porto, 23 de outubro, 2021

Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

(Prof. Doutora Carmen Maria Silva Andrade)



ABEFACO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



AGEFEC
ASSOCIAÇÃO GALEGA DE ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR E COMUNITARIA



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

ANEXO X – Certificado de Competências Pedagógicas



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Certificado de Competências Pedagógicas

Certifica-se que JOANA MARLENE MORAIS PINHO, nascido(a) em 12-07-1998, natural de LOUSADA, titular do cartão cidadão n.º 14976901, válido até 14-05-2026, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F), conforme certificado n.º F722586/2021 emitido a 27-12-2021.

Lisboa, 12 de janeiro de 2022

Conceição Matos

Diretora do Departamento de Formação Profissional

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio
Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>

Impresso em 12-01-2022



A proteção de dados é uma prioridade para o IÉFP, I.P.

Não divulgue dados pessoais indevidamente. Cumpra o RGPD.



NURSID SPRING SCHOOL 2023


DECLARAÇÃO

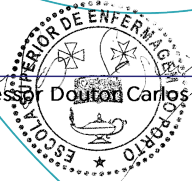
Declara-se que *Ana Luísa Rocha Furtado e Joana Pinho* apresentou o póster intitulado *Relação Entre Dotação Segura E Qualidade Dos Cuidados: Revisão Scoping* na *NursID Spring School 2023*, realizado entre os dias 8 e 12 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Ana Luísa Rocha Furtado, Joana Marlene Morais Pinho, Rita Filomena Sousa Amaral Rocha, Inês Bermudes Portilho Viseu, Lucinda Celeste Teixeira Pacheco

Comissão Organizadora


(Professor Doutor Carlos Sequeira)



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

ANEXO XII – Certificado Autora Póster: “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas”

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



Certificado

Certifica-se que o póster "**FERTILIZAÇÃO IN VITRO E ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ – FOCOS DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO: SCOPING REVIEW**", do(s) autor(es) Joana Marlene Morais Pinho, Inês Portilho Bermudes Viseu e Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, enquadrado no eixo temático *Famílias vulneráveis*, foi apresentado por *Joana Marlene Morais Pinho*, no âmbito do **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pe'la Comissão Organizadora

Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado n.º C001693-9/09/2023

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO XIII – Certificado Preletora Workshop: “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”



CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Joana Pinho

Participou como preletora no workshop **ABORDAGEM NARRATIVA - PRATICAR A “REALIDADE ALTERNATIVA”** 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



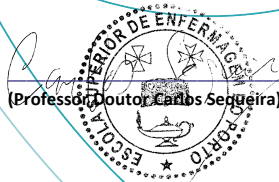


NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

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

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

ANEXO XV – Certificado Comissão Organizadora: “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”



CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Joana Pinho

Integrou a Comissão Organizadora do 5º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, que decorreu nos dias 26, 27 e 28 de Outubro de 2023 em Ponta Delgada, Portugal.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Maria Henriqueta Figueiredo
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF