



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Juliana Emanuela Brito Ferreira, ep10476

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 COM
FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION WITH
FAMILIES IN THE TRANSITION TO PARENTHOOD -
PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL
SKILLS IN COMMUNITY NURSING THE FIELD OF
FAMILY HEALTH NURSING

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

Juliana Emanuela Brito Ferreira

Porto, 2024

“Na verdade, a nossa família é a nossa casa e quem não a sabe valorizar é um eterno sem-abrigo”

(Raul Minh'Alma, in Foi sem querer que te quis, 2018, p.57)

DEDICATÓRIA

O meu agradecimento vai para a minha família, pelo apoio incondicional e amor constante que se tornaram a minha força a cada página escrita. Eles que partilham as minhas alegrias e desafios, que celebram as minhas vitórias e me confortam nas derrotas, expresso o meu amor e agradecimento:

Ao Santiago. Eu, depois de ti. Depois de ti... Fui casa – Sou. És sonho realizado. És certeza! És AMOR! És nosso! És Meu!

Ao Hugo. Eu, depois de ti. Depois de ti ... Fui tudo – Sou. És tudo. És 5 - Somos 11.

Somos FAMÍLIA!

À minha mãe. Eu, depois de ti. És Mãe. És a Avó. És apoio. És nossa.

Aos que dão nome à saudade: avô *Gustinho* e avó *Nela*, padrinho *Né* e tio *Kiki*. O lado de lá é invisível, mas isso não significa que não exista.

AGRADECIMENTO

A expressão da minha gratidão vai para todos aqueles que, pela inextinguível disponibilidade e proficiência, contribuíram para que a concretização deste sonho:

À Doutora Maria José Peixoto pela disponibilidade constante e eximia orientação na concretização deste relatório.

À Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela orientação e distinta coordenação ao longo deste mestrado.

À Enfermeira Virgínia Guedes pela orientação, partilha de saberes, colaboração e disponibilidade.

A todos os docentes que, de forma motivadora e eficaz, me acompanharam neste percurso e contribuíram francamente para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Orientadora Cooperante pelo apoio, motivação, disponibilidade e resposta célere a cada solicitação.

À restante equipa de Enfermagem da USF pela receção, partilha e cooperação.

A todos os membros das quatro famílias que permitiram que esta concretização fosse possível.

À Joana Pinho pelo companheirismo, apoio, partilha e pelas horas lado a lado.

À Soraia pela ajuda e total disponibilidade.

Às colegas deste mestrado que se tornaram amigas para a vida: Isabel Dias, Margarida Monteiro, Nisa Silveira e Susana Martins. Somos JIM-NS.

À Inês Maioto a amizade, o «ouvido» e o «ombro».

Muito Obrigada!

RESUMO

As Unidades Curriculares, Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e II, estão integradas no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde as atividades desenvolvidas no seu âmbito se concretizaram numa Unidade de Saúde Familiar. Pelos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, estas visaram evidenciar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Em concordância com as referidas competências, foram estabelecidos dois objetivos gerais para o seu desenvolvimento: Cuidar da 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 à família sustentou-se no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar que tem como base teórica o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família e para os seus membros recorreu-se à Teoria das Transições. Ressalva-se a importância destes modelos teóricos, pois orientam e suportam a conceção de cuidados de enfermagem às famílias e aos seus membros, tal como se constatou na realização destes estágios, que sustentado na melhor evidência científica se traduziu em ganhos em saúde pela capacitação na mobilização das suas forças e recursos face às necessidades identificadas, pela perspetiva sistémica dinâmica e flexível naquela que foi a avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade. Neste âmbito, foram realizadas consultas que permitiram a avaliação e intervenção familiar, possível pela colheita de dados com recurso à entrevista familiar sistémica, pela utilização de instrumentos validados, pela tomada de decisão e juízo crítico que com recurso a técnicas de intervenção sistémica, encaminhamento para outras unidades utilizando os recursos disponíveis para colmatar necessidades específicas e a respetiva avaliação dos cuidados. Destaca-se a dinamização de sistemas de informação e tecnologia com o intuito de melhorar os resultados de saúde familiar com o início do desenvolvimento de uma aplicação móvel, apresentada por processo formativo aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar, bem como o desenvolvimento do protocolo de uma *Scoping Review* e a participação em eventos científicos. Colaborou-se, deste modo, na disseminação do conhecimento em enfermagem de saúde familiar, alinhado com o desenvolvimento profissional e pessoal.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Família, Transição para a Parentalidade, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Aplicação Móvel

ABSTRACT

The Curricular Units, Internship of a professional nature with report - Module I and II, are part of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Nursing School of Porto, where the activities developed within their ambit took place in a Family Health Unit. According to regulations no. 140/2019 and no. 428/2018 of the Order of Nurses, these aimed to highlight the development of common competencies for specialized nurses and specific competencies for nurses specialist in community nursing in the area of family health nursing. In line with these competencies, two general objectives were established for their development: Caring 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 the family was based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, which has the Calgary Model of Family Assessment and the Calgary Model of Family Intervention as its theoretical basis, and the Transitions Theory was used for its members. These theoretical models are important because they guide and support the design of nursing care for families and their members, as was seen in these internships, which, based on the best scientific evidence, resulted in health gains by empowering families to mobilize their strengths and resources in the face of identified needs, through the dynamic and flexible systemic perspective of assessment and intervention in families in transition to parenthood. In this regard, consultations were held that allowed for family assessment and intervention, made possible by data collection using systemic family interviews, the use of validated instruments, decision-making and critical judgement using systemic intervention techniques, referral to other units using the resources available to meet specific needs and the respective assessment of care. Of particular note was the dynamization of information systems and technology to improve family health outcomes with the start of the development of a mobile application, presented through a training process for the Family Health Unit nurses, as well as the development of a Scoping Review protocol and participation in scientific events. In this way, we collaborated in disseminating knowledge in family health nursing, in line with professional and personal development.

Keywords: Family Health Nursing, Family, Transition to Parenthood, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, Mobile Application

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

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

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

ICN - *Internacional Council of Nurses*

IMC - Índice de massa corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBI - *Joanna Briggs Institute*

M - Metro

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Plano Acompanhamento Interno

PAUF - Plano de Ação da Unidade Funcional

PDF – *Portable Document Format*

Kg – Quilogramas

RAUF – Relatório de Atividades das Unidades Funcionais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

USF-AN - Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	29
1.1 Descrição do contexto da prática.....	29
1.1.1 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	30
1.2 Caracterização das Famílias	34
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	39
2.1 A família e a Enfermagem de Saúde Familiar.....	39
2.2 A família com filho(s) na Transição para a Parentalidade.....	44
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	53
3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	53
3.1.1 Avaliação e Intervenção em famílias em transição para a parentalidade	54
3.1.2 Explanação de cuidados à família.....	60
3.1.3 Avaliação e Intervenção em famílias em transição para a parentalidade: resultados obtidos	104
3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	108
3.2.1 Articulação com as demais equipas de saúde mobilizando recursos necessários para a prestação de cuidados à família.....	109
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	118
CONCLUSÃO	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	148
ANEXO I –Instrumento de colheita de dados para caracterização das famílias	
ANEXO II – Matriz Operativa do MDAIF (Versão Reduzida) – adaptado de Figueiredo (2012)	
ANEXO III – Documento Excel® - Registo de Enfermagem	

ANEXO IV – Documento Excel® - Registo da equipa da USF

ANEXO V – Questionário de avaliação das Necessidades

ANEXO VI – Plano de sessão

ANEXO VII – Questionário de avaliação da formação

ANEXO VIII – 1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo

ANEXO IX - NursID Spring School 2023

ANEXO X - 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo

ANEXO XI- V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

ANEXO XII – *Webinar*: Intervenção Sistémica à Família

ANEXO XIII – Webinar: Consulta pré-natal e preparação para a parentalidade

ANEXO XIV – Webinar: Gravidez em idade avançada

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos	32
FIGURA 2: Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante	35
FIGURA 3: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação – MDAIF....	42
FIGURA 4: Genograma da família A e respetiva legenda	61
FIGURA 5: Desenhos da LuM.....	69
FIGURA 6: Genograma da família B e respetiva legenda	74
FIGURA 7: Ecomapa da família B e respetiva legenda	75
FIGURA 8: Genograma da Família D e respetiva legenda	87
FIGURA 9: Genograma da família H e respetiva legenda	95
FIGURA 10: Esboço da escultura da família H	100
FIGURA 11: Logotipo FamiliApp	113
FIGURA 12: Análise SWOT à aplicação	113

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Consultas da família A 60

QUADRO 2: Consultas da família B 74

QUADRO 3: Consultas da família D 86

QUADRO 4: Consultas da família H 95

QUADRO 5: Seminários, Congressos e Webinars..... 117

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante	34
TABELA 2: Famílias em transição para a parentalidade	54
TABELA 3: Caracterização dos enfermeiros da USF	115
TABELA 4: Necessidade de formação.....	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Dimensões de avaliação e respectivas áreas de atenção.....	105
GRÁFICO 2: Tipo de Família, Classe Social e Etapa do Ciclo Vital Familiar.....	105
GRÁFICO 3: Diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural e de desenvolvimento.....	106
GRÁFICO 4: Intervenções de enfermagem nas dimensões estrutural e desenvolvimento.....	107
GRÁFICO 5: Atividades que concretizam as intervenções	107
GRÁFICO 6: Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF.....	108

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o intuito de dar resposta à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF). A Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I decorreu de 27 de abril de 2023 a 30 de junho de 2023 e a Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II decorreu de 18 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na região Norte de Portugal.

Nos últimos anos, Portugal notou uma evolução significativa no que a Cuidados de Saúde Primários (CSP) se refere. No ano de 2005 deu-se a reforma que constituiu a criação das USF, sendo posteriormente considerados um constituinte fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Decreto-Lei nº 157/2005; Decreto-Lei nº 73/2017). Inicialmente integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e mais recentemente nas Unidades Locais de Saúde (ULS), destas equipas multiprofissionais exige-se uma prestação de cuidados de saúde que garanta a acessibilidade, a qualidade e a universalidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007; Decreto-Lei n.º 28/2008; Decreto-Lei n.º 102/2023).

Visando a prestação de cuidados de saúde familiar e individuais, os enfermeiros que prestam cuidados nas USF têm de deter o grau de especialista em enfermagem de Saúde Familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023). Identifica-se assim como enfermeiro especialista aquele a quem lhe é reconhecida competência técnica, científica e humana para prestar cuidados além dos cuidados de enfermagem gerais, prestando cuidados de enfermagem especializados (Decreto-Lei nº104/98, 1998; Ordem dos enfermeiros, 2019). Que no caso do EEECESF se encontram devidamente regulamentados, colocando a família na centralidade de cuidados bem como os seus membros adotando uma postura de liderança na intervenção nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste contexto, os conteúdos e desenvolvimento das unidades curriculares atrás mencionadas pretendem desenvolver competências para cuidar a família não descurando os seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, atentando nas suas necessidades e intervir eficazmente nas mesmas. Bem como desenvolver competências no sentido de promover a liderança e colaboração em processos de intervenção, articulando com outros profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste que é o contexto ideal para o desenvolvimento das competências inerentes aos cuidados à família, é crucial a conexão ao conceito da mesma. Enquanto unidade sistémica, importa atentar na sua complexidade e percurso identitário, que funciona como suporte à saúde dos seus membros, onde sendo mais que a soma das suas partes se assume como alvo e contexto de intervenção (Figueiredo et al., 2022; Spínola & Figueiredo, 2023). Entende-se que a família deve ser percecionada pela sua composição, por membros que interagem entre si, bem como pela sua interação (Feldner et al., 2018). A maximização do potencial de saúde familiar torna-se, assim, a chave para a promoção de estratégias que tenham em vista a funcionalidade da família enquanto unidade, “mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais” (Figueiredo, 2012, p. 68), dando igualmente resposta às necessidades de cada um dos seus membros individualmente. Aqui, a avaliação e intervenção familiar em famílias, que já integram filhos, na nova transição para a parentalidade, mostra-se importante como área de atuação do EEECESF, sendo que este apresenta competências que potenciam o trabalho colaborativo com a família, para facilitar a sua reorganização, na definição deste novo papel, durante esta transição, no seu ciclo vital. A consciencialização do facto de estar grávida pela primeira vez marca o início da transição para a parentalidade na mulher, mas certamente não contempla a complexidade desta transformação na família. Comprovado pela própria definição do termo pelo *International Council of Nurses* (ICN) (2023) “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; (...) interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”, que integra a família pelas suas expectativas, mas não contempla o impacto da mesma. Aqui é necessário considerar a necessidade de ajuste na redefinição de papéis na estrutura familiar, uma vez que a chegada de outro filho à família é um evento que se considera transformador ao ponto de poder impactar e até destabilizar significativamente a dinâmica familiar (Figueiredo, 2012; Machado, 2021). Embora vivenciada pela mesma família, cada transição na parentalidade manifesta particularidades que impactam de forma distinta e significativa naquele momento (Ministério da Saúde, 2015). Assim, decorrente da caracterização do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante aquando da concretização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I selecionaram-se as famílias para posterior avaliação e intervenção. Esta evidenciou uma taxa de 43,0% (43) de mulheres em idade fértil e 5,0% (3) em que a mulher se encontrava grávida, na amostra selecionada; o gosto pessoal pela temática e a contribuição que se esperava que o trabalho desenvolvido nestes Módulos I e II tivesse para a USF, nomeadamente na

concretização do Plano de Acompanhamento Interno (PAI), consideraram-se quatro famílias a integrar um novo filho para serem alvo de avaliação e intervenção no Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II.

Esta prestação de cuidados à família alicerçou-se no Modelo Dinâmico de Avaliação de Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012) que tem como base teórica o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (Wright & Leahey, 2012). No modelo selecionado, destaca-se a família enquanto unidade, promovendo ganhos em saúde para as famílias na transição para a parentalidade (Ribeiro et al., 2021). Para avaliação dos membros da família, selecionou-se a Teoria das Transições de Meleis (2010), uma vez que a compreensão das condições inerentes à transição auxilia na sustentação de intervenções de enfermagem capazes de promover respostas adequadas (Magalhães, 2011). Através do desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com recurso à entrevista familiar sistémica, pretendeu-se promover a capacitação da família no decorrer desta transição, considerando as suas forças, oportunidades de crescimento e mudança. Assim, incluiu-se a avaliação das famílias nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, de acordo com a necessidade de cada uma. Com a respetiva colheita de dados e utilização de instrumentos possibilitando formulação adequada de diagnósticos para assim intervir nas mesmas de forma adequada e proceder à avaliação dos resultados e ganhos em saúde. Também se ressalva a avaliação, diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados nos membros da família individualmente. E destaca-se ainda a importância da articulação com outras equipas de saúde pela mobilização dos recursos necessários para atentar às necessidades da família bem como a promoção da melhoria contínua de cuidados.

Para que tenha sido possível dar resposta ao exposto realizou-se pesquisa da evidência científica mais atual nas bases de dados EBSCOhost, Web of Science Core Collection (acesso via Web of Science), Scopus e PubMed, incluindo a pesquisa na base do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Além destas, foram consideradas fontes de informação sobre o contexto de estágio, estando algumas disponíveis online e outras apenas para consulta na unidade de saúde, bem como documentos normativos da Direção Geral da Saúde (DGS).

Compõem o presente documento quatro capítulos. Inicia-se pela apresentação e caracterização do contexto clínico onde decorreram os Estágios de Natureza Profissional e posteriormente surge o enquadramento teórico que sustenta a tomada de decisão face às famílias em transição

para a parentalidade a que se prestaram cuidados. No capítulo seguinte encontram-se explanadas as atividades desenvolvidas que suportam o desenvolvimento de competências almejado. No quarto e último capítulo apresenta-se uma análise crítico-reflexiva da prática com realce nos contributos para o desenvolvimento das competências pretendidas.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No presente capítulo será desenvolvida a descrição do contexto da prática clínica especializada efetuado no decorrer das Unidades de Estágio de Natureza Profissional com relatório – Módulo I e II, com o desígnio de promover o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da especialidade em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

1.1 Descrição do contexto da prática

Pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, esta USF esteve integrada até 31 de dezembro de 2023 num ACeS que foi fundado em 18 de março de 2009, após a reforma dos CSP iniciada em 2008 (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Como forma de orientar e direcionar as atividades e decisões, o ACeS referido apresenta um conjunto de diretrizes fundamentais, explanadas na sua visão, missão e valores. Procura a excelência na prestação de cuidados com melhor acesso e qualidade onde se promova a saúde, previna a doença e se prestem cuidados personalizados. Fomenta a formação e a investigação, numa base de autonomia, qualidade, equidade, ética, eficácia e cooperação do trabalho em equipa (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - BI-CSP).

Deste modo, num dos seus principais instrumentos de gestão para o planeamento em saúde, o ACeS tem no seu Plano Local de Saúde o pilar de todo o processo de contratualização e de Governação Clínica com o intuito de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, atentando às suas principais necessidades. Funciona também como instrumento de comunicação entre os seus profissionais, bem como com outras instituições, onde defendem, “A melhor saúde para todos, como uma missão de todos” (Plano Local de Saúde - extensão a 2020, 2018).

Compõe este ACeS, 22 unidades de Saúde (destas, quatorze são Unidades de Saúde Familiar, duas Unidades de Cuidados na Comunidade, três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Saúde Pública, um Centro de Diagnóstico Pneumológico e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados com seis valências), perfazendo um total de 176.260 utentes inscritos, não sendo possível perceber qual a totalidade de famílias que compõe

por não existir acesso a dados de todas as unidades (BI-CSP, 2023; Plano Local de Saúde-extensão a 2020, 2018).

Com o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, que defende a atuação de cuidados integrados, o referido ACeS e ARS extinguem-se e as unidades de saúde que os incorporavam passam a ser parte constituinte de uma ULS a partir de 01 de janeiro de 2024. ULS é definida como uma instituição pública com autonomia tanto administrativa como financeira e também patrimonial, que neste caso integra um Centro Hospitalar com dois hospitais e unidades constituintes de três ACeS (Decreto-Lei n.º 102/2023).

Na sua missão visa a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade, articulados com o SNS. Com este intuito, no seu plano de atividade clínica destaca-se a descentralização dos cuidados de saúde pela articulação com os cuidados de saúde primários, bem como aumento e melhoria dos cuidados domiciliários, ganhos em saúde e ainda o aperfeiçoamento do sistema de informação clínica (SNS, 2023). Já no plano de gestão de recursos humanos, pode-se destacar a formação contínua de todos os profissionais alicerçada na dinamização tanto do ensino quanto da investigação (SNS, 2023).

1.1.1 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

Segundo a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), designa-se de USF as unidades de prestação de cuidados de saúde, tanto familiares quanto individuais. Assim, inaugurada a 01 de junho de 2014, a USF encontra-se localizada num dos concelhos do distrito do Porto, abrangendo utentes de várias freguesias da região, numa zona rural, dando resposta a 9755 utentes, distribuídos em 4078 famílias (SNS- BI-CSP).

As USF podem ser divididas em três modelos organizativos diferentes: A, B e C (USF-AN). Esta unidade funcionou e organizou-se como Modelo A vários anos, tendo passado a Modelo B a 01 de fevereiro de 2023, sendo esta diferenciação “resultante do grau de autonomia organizacional e da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais” (USF-AN). A USF configura assim um modelo flexível, assente numa equipa multiprofissional, que sustenta melhoria, ganhos em saúde e qualidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 73/2017; USF-AN).

A equipa desta USF é formada por seis enfermeiros, seis médicos, quatro secretários clínicos, um segurança e profissionais da limpeza que exercem a sua atividade de segunda a sexta-feira das 08h às 20h (aos fins-de-semana e feriados, no caso de doença aguda, os utentes desta unidade, podem recorrer ao Serviço de Atendimento Permanente que funciona em outra unidade, entre as 09h e as 20h ou ao Serviço de Urgência Hospitalar). Dos Enfermeiros que compõem esta equipa, uma Enfermeira é especialista em Enfermagem Comunitária, outra Enfermeira é mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar com atribuição do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE) na mesma área e os outros quatro enfermeiros são licenciados.

Nesta USF, a composição da lista de cada enfermeiro de família, que varia entre os 1600 e 1700 utentes, está organizada por área geográfica, o que, lhes facilita a visita domiciliária (realizadas tanto para tratamentos de feridas quanto visitas de vigilância e realização de rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido, como preconizado) e permite conhecer a população num determinado território de influência da USF.

“A atividade da USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde” (USF-AN). É reconhecido que a colaboração e a parceria são essenciais para fornecer serviços de qualidade à população e atender às suas necessidades de forma eficaz. Assim, em articulação com diferentes unidades que compunham o ACeS, agora ULS, as parcerias surgem no âmbito da referenciação de crianças elegíveis para realização da vacina contra a tuberculose, consulta de cessação tabágica, articulação de terapêutica para utentes com diagnóstico de tuberculose, rastreio visual das crianças, cursos de preparação para o parto e massagem infantil, consultas de nutrição e psicologia, assistente social e serviço de atendimento permanente ao fim-de-semana e feriados. A nível hospitalar, esta colaboração existe com o Hospital que é parte integrante da ULS (através do projeto piloto de microeliminação da Hepatite C e Serviço de Urgência permanente) e o Instituto Português de Oncologia (com a realização de rastreios de: cancro do colo do útero, cancro colorretal e cancro da mama). A execução do programa de narcóticos de substituição com o fornecimento de metadona acontece com o Centro de Atendimento a Toxicodependentes. Ainda com a Câmara Municipal da cidade onde se insere esta USF existe colaboração com o programa comunitário de exercício físico para pessoas portadoras de diabetes *mellitus*.

Esta USF encontra-se em funcionamento num edifício com dois pisos. O primeiro andar funciona apenas para acesso a profissionais, com sala de reuniões, sala de arquivo de processos clínicos, sala de refeições e casas de banho. No R/C o edifício é composto por gabinetes para consultas de enfermagem e médicas, duas secretarias para administrativas com dois *BackOffice*, duas salas de espera, duas salas para armazém de material, uma sala que funciona de apoio ao serviço de controlo de qualidade e casas de banho.

Criaram um logotipo com uma imagem que transmite tranquilidade, confiança, acolhimento e o cuidar a que se propõe como equipa a prestar aos seus utentes, utilizando cores e um símbolo que o representam (Manual de acolhimento da USF, 2022).

Neste sentido, apresentam e fomentam a sua atividade com pilar na sua missão, visão e valores. Pretendem ser uma USF de excelência, prestar cuidados de saúde personalizados, com qualidade e confiança numa base de continuidade, acessibilidade, cooperação, solidariedade e autonomia (SNS- BI-CSP).

Importa ressaltar o facto de em todos os modelos de USF existir “um compromisso assistencial nuclear, denominada carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade” (Decreto-Lei nº1368/2007, p. 7656). Isto existe como forma de regulamentar um “núcleo básico de serviços clínicos”, que engloba a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, descritos nesta portaria no âmbito “geral, na saúde da mulher, na saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, na saúde do adulto e do idoso” em situações de doença aguda, doença crónica, cuidados domiciliários e colaboração com outros serviços (Decreto-lei nº1368/2007, p. 7656).

No mesmo decreto refere que a dimensão das listas de utentes estipulados na carteira básica de serviços se situa em média pelos 1550 utentes por médico pelo mínimo de 1917 unidades ponderadas por lista (Decreto-lei nº1368/2007). Assim, com dados de março de 2023, da Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes, os 9755 utentes inscritos, distribuídos por faixa etária e género (destes, 4770 são homens e 4985 são mulheres) estão representados na figura 1, correspondendo a 12197 unidades ponderadas.

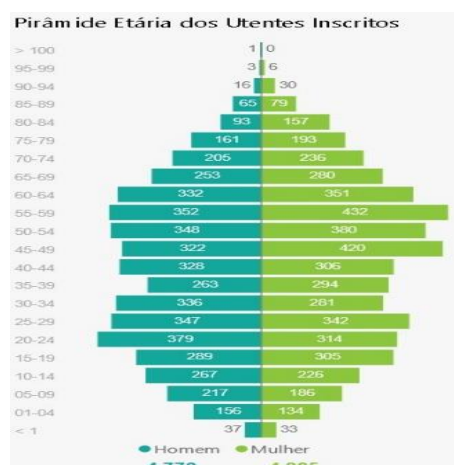


FIGURA 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos

Fonte: SNS- BI-CSP

Pela interpretação da pirâmide apresentada na Figura 1, pode-se verificar que esta população apresenta uma base estreita o que indica poucos jovens (acentuada a baixo de um ano - baixa taxa de natalidade) e um topo mais largo, que significa uma mais elevada proporção de idosos, pelo aumento da esperança média de vida. A população mais representativa na pirâmide é a população ativa, com maior incidência nos grupos etários dos 20 aos 64 anos de idade. Esta corrobora assim a tendência de envelhecimento demográfico em Portugal, com estreitamento da base como resultado da baixa natalidade e o alargamento do topo pelo aumento da proporção de pessoas idosas pelo aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Neste contexto de atuação ressalva-se a existência do Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF) que é um instrumento de trabalho que reflete todas as atividades (nomeadamente áreas, subáreas e dimensões) a desenvolver pela equipa multidisciplinar a três anos, e é construído com base na negociação/reflecção entre os elementos da equipa e o ACeS (Manual de Acolhimento da USF, 2022; BI – CSP). Na consulta do PAUF de 2023 estão contratualizadas as dimensões relacionadas, com: desempenho assistencial, serviços, qualidade organizacional, formação profissional e atividade científica de onde se ressaltam os problemas e objetivos identificados e respetivas atividades para a sua concretização. Neste existe o Plano de Formação Interna que é um documento desenvolvido pela equipa, com vista a dinamizar e calendarizar a formação tendo em vista o desenvolvimento profissional contínuo para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados (Manual de Acolhimento da USF, 2022; Decreto-Lei nº1368/2007).

A cada ano, na unidade de saúde existe o PAI, que permite identificar problemas e introduzir medidas corretoras, com finalidade da melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, contemplando dois PAI de melhoria de qualidade e um PAI de acesso (Manual de Acolhimento da USF, 2022). Que nesta unidade neste momento se traduz: Qualidade na vigilância do utente com Hipertensão Arterial; Qualidade da vigilância das Grávidas na USF e Promoção da literacia em saúde na consulta aberta da USF.

O Relatório de Atividades das Unidades Funcionais (RAUF) é um instrumento de avaliação e monitorização da atividade desenvolvida no ano contratual sendo crucial para a melhoria contínua do desempenho da unidade (Manual de Acolhimento da USF, 2022). Segundo o manual de contratualização do ACeS, 2023, neste documento deve constar informação sobre evidência

de discussão do resultado de inquéritos de satisfação de utentes e profissionais, relatórios (auditorias de plano de melhoria, reclamações/não conformidades e medidas corretivas adotadas), plano de sessão das formações internas, atas de reuniões e assiduidade. Para a elaboração deste projeto, importa ressaltar do relatório transato a não resolução da temática identificada no acompanhamento de saúde materna, pelo incumprimento do número de consultas preconizadas bem como outros registos inerentes à consulta médica, o que se traduz na necessidade de continuarem, enquanto equipa, a investir nesta área no presente. Que se espera poder contribuir para a sua resolução e respetiva validação no RAUF elaborado no fim do ano.

1.2 Caracterização das Famílias

É apresentada de seguida na tabela 1, a caracterização geral do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante (dados colhidos das plataformas BI – CSP e SClínico®).

TABELA 1: Caracterização do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante

Número de Famílias que compõe a lista: 612	
Número de membros que compõe cada família	159 Famílias com 1 elemento 133 Famílias com 2 elementos 145 Famílias com 3 elementos 121 Famílias com 4 elementos 42 Famílias com 5 elementos 8 Famílias com 6 elementos 3 Famílias com 7 elementos 1 Família com 8 elementos
Número utentes inscritos na lista da Enfermeira: 1631	
Número de utentes inscritos por sexo	Homem: 796 Mulher: 835

Fonte: Plataforma BI – CSP e SClínico®

Como referido na tabela 1, o ficheiro da Enfermeira orientadora Cooperante, é constituído por 612 famílias num total de 1631 utentes, dos quais se destaca a prevalência de pessoas do sexo feminino. Famílias com um elemento são as mais predominantes seguindo-se as de três e dois

elementos, seguindo-se a diminuição da prevalência aquando do aumento de elementos que as compõe.

Considerando o apresentado, é explanado na figura 2, a pirâmide etária dos utentes da referida lista.

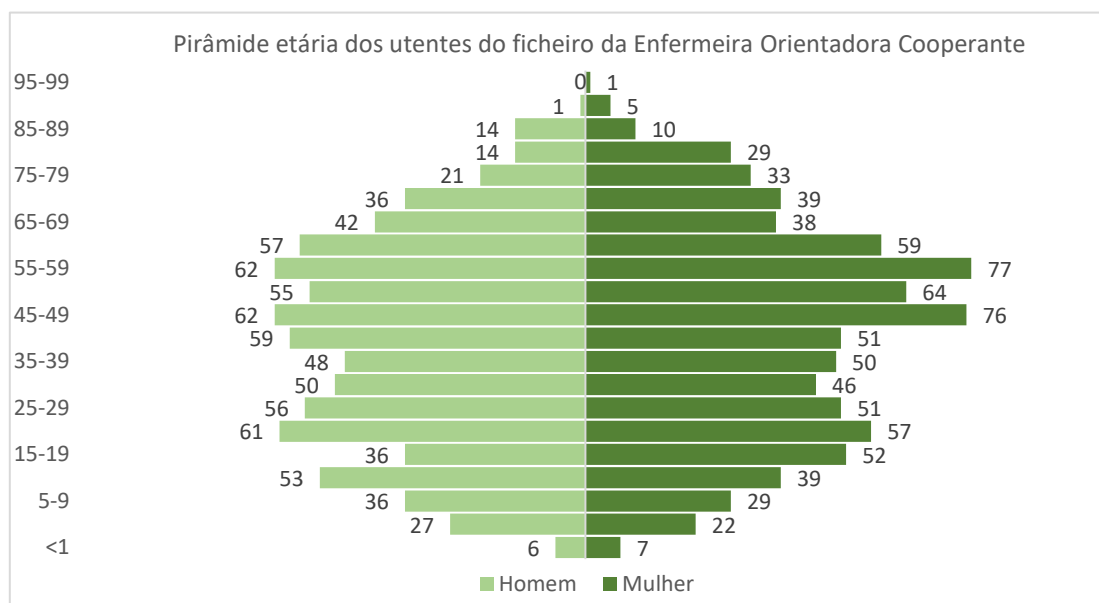


FIGURA 2: Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante

Fonte: Elaboração Própria com dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

Tal como na análise da pirâmide etária da unidade, esta caracteriza-se por ter uma base retraída (também mais acentuada em crianças com idade inferior a um ano), depois vai tendo um comportamento crescente com algumas oscilações, traduzindo-se num alargamento mais acentuado na idade adulta e nova retração do topo. O que pode comprovar o duplo envelhecimento descrito na análise da pirâmide do nosso país (INE).

Pelos últimos dados a que se conseguiam aceder no Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais relativos a fevereiro de 2023, da sua lista, esta enfermeira tem maior prevalência de utentes de uma determinada freguesia em detrimento das outras, o que lhe facilita o acesso na realização de visitas domiciliárias. Aqui, constata-se ainda que nesta lista, as consultas efetuadas são na sua maioria direcionadas para Saúde do Adulto, Hipertensão Arterial, Saúde das Pessoas Idosas, Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar.

Do total das 612 famílias que compõe esta lista, foi utilizada uma amostra acidental de 60 famílias, baseada no critério de oportunidade. Considerando o limite temporal do referido estágio, selecionou-se este método de amostragem, uma vez que se caracteriza pela acessibilidade até que o número de elementos pretendido seja atingido (Fortin, 2009). A colheita dos dados foi realizada através de entrevista às famílias presentes na USF para consulta de enfermagem programada e não programada. Inicialmente, foi colhida informação destas famílias, de forma a ser possível realizar a sua caracterização. Para isto, foram considerados os seguintes itens: número de membros que compõem a família, a sua idade e sexo, tipo de família, etapa do ciclo vital e os subsistemas familiares presentes, a aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001) para determinação da classe social, presença ou não de doenças crônicas, membro dependente, animal doméstico e rede social. Isto porque, “dados avaliativos reportam-se a itens de caracterização da família, que complementam a compreensão da sua estrutura, tornando-se fulcrais para uma avaliação integradora e contextual, embora alguns ... possam direcionar para o aprofundamento da avaliação, no processo de atividade diagnóstica” (Figueiredo, 2012, p. 104). Os dados referidos foram compilados e analisados com recurso a um instrumento de colheita de dados (documento de Excel®) para caracterização das famílias (Anexo I) e foram documentados no sistema de informação SClínico®. Assim, de seguida apresentam-se os dados colhidos das 60 famílias, para que seja possível uma melhor compreensão das mesmas. A média de idades dos membros destas famílias é de 41 anos, com desvio padrão de 24,4%, distribuídos entre os 0 e os 88 anos, correspondendo 18,5% (34) à classe jovem, 59,2% (109) à classe adulta e 22,3% (41) à classe idosa. Sendo que 54,4% (100) dos membros da família pertenciam ao sexo feminino e 45,6% (84) ao sexo masculino. Corroborando a distribuição etária a nível nacional, bem como a maior percentagem de pessoas do sexo feminino em detrimento do masculino (INE, 2021). Das 60 famílias, 33,0% (20) são formadas por quatro membros, 23,0% (14 de cada) aparecem as de dois e três membros, seguidas de 12,0% (7) com apenas um membro e 9,0% (5) com mais de quatro membros. Aqui nota-se ligeira alteração face à tendência nacional, onde se destaca a maioria de famílias com dois elementos, equivalendo a percentagem mínima às famílias mais numerosas, tal divergência acontece provavelmente pelo número reduzido desta amostra (INE, 2021). Destacou-se o tipo de família nuclear com 70,0% (42), seguidas das famílias do tipo unipessoal 11,7% (7) e alargada com o mesmo valor, famílias do tipo monoparental (liderada por mulher) corresponderam a 3,3% (2), ficando os restantes 3,3% (um de cada tipo) distribuídos por famílias do tipo casal e reconstruída.

Na avaliação da etapa do ciclo vital (Relvas, 1996), foi possível perceber que 46,7% (28) se encontram na etapa de família com filhos adultos, 11,7% (7) encontram-se na etapa de família com filhos pequenos, seguindo-se de 6,7% (4) em famílias com filhos em idade escolar, 5,0% (3) família com filhos adolescentes e apenas 1,7% (1) corresponde a etapa de formação de casal. Nesta designação não se contemplam 28,3% (17) das famílias pelo facto de não serem famílias do tipo nuclear.

No que se reporta à classificação por subsistemas familiares, 40,0% (24) partilham os subsistemas conjugal, parental e fraternal, seguidas por 20,0% (12) com partilha de subsistema conjugal e parental e outros 20,0% (12) em que apenas se aplica o subsistema conjugal, o sistema parental está presente em 6,7% (4) e o fraternal apenas em 1,7% (1). Nesta avaliação importa ressaltar os 11,7% (7) de famílias que não apresentam subsistema por serem famílias unipessoais.

Já na avaliação da classe social, com recurso à escala de Graffar adaptado, pode-se afirmar que o maior valor corresponde à classe social média com 65,0% (39), seguida pela classe média-alta 28,3% (17) e por fim da classe média-baixa 6,7% (4).

Para a questão relacionada com a rede social, foi possível perceber que como sistemas mais amplos, os membros das famílias consideram, os serviços de saúde com 96,7% (58), amigos com 78,3% (47), trabalho com 63,3% (38) e instituições de ensino com 36,7% (22) como principais, sendo referido por eles menos vezes instituições religiosas em 10,0% (6) famílias e serviços sociais apenas em 3,3% (2).

A pergunta sobre animais domésticos demonstrou que 80,0% (48) das famílias não têm animal doméstico, das restantes 20,0% (12) que têm, referem que os animais se encontram vacinados e desparasitados.

Sobre doenças crónicas, foi possível constatar que a maior percentagem encontrada se relaciona com fatores de risco cardiovascular modificáveis, como: hipertensão arterial presente em 55,0% (33), obesidade em 25,0% (15) e diabetes *mellitus* 15,0% (9). Outras doenças surgiram nos dados colhidos, no entanto em percentagens muito inferiores às apresentadas anteriormente, como a título de exemplo se pode referir parkinson, neoplasias, epilepsia, entre outras.

Considerando a indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que idoso é todo o indivíduo com 65 ou mais anos em países desenvolvidos, destas 184 pessoas, 18,5% (34) são idosas, distribuídas por 17 famílias. Sendo que, nestes ainda se considera que apenas 13 pessoas se

situam nos considerados idosos em idade avançada, que tal como preconizado apresentam idade igual ou superior a 80 anos (Pereira, 2019).

Nesta amostra de 60 famílias, importa ainda ressaltar que apenas 6,7% (4) apresentam membro dependente. Em três destas famílias o membro é totalmente dependente, sendo que não é capaz de realizar qualquer atividade sem ajuda de outra pessoa e uma parcialmente dependente, necessita de ajuda de outra pessoa para atividades instrumentais de vida diária. Foi possível constatar que o cuidador informal nesta amostra é sempre um membro da família do sexo feminino, o que está também de acordo com a tendência crescente para cuidadores maioritariamente mulheres (Mingote et al., 2020; Magalhães, 2023).

No mesmo universo de famílias foi possível constatar que 5,0% (3) apresentam um membro a ser acompanhado pela Enfermeira de família (Enfermeira Orientadora Cooperante) com registo associado ao programa de Saúde Materna, o que corrobora os dados nacionais dos censos de 2021, com a taxa de natalidade nos 5,8%. Considerando o intervalo de idades entre os 15 e os 49 anos foi possível identificar 43,0% (43) de mulheres em idade fértil, estando, portanto, ligeiramente acima da média nacional de 40,6% (INE, 2021).

Decorrente desta análise, da justificação de temática anteriormente apresentada, do PAI da unidade e do contributo que se pretende dar à USF, famílias em transição para a Parentalidade serão alvo de avaliação e intervenção no decorrer deste estágio.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo serão explanados o conceito de família e a Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o conhecimento científico disponível sobre famílias que já integram filhos a vivenciar nova transição para a parentalidade e o papel do enfermeiro nos cuidados às mesmas. Modelos e Teorias de enfermagem serão também abordados, com maior realce sobre o modelo selecionado para a prestação de cuidados à família, MDAIF.

2.1 A família e a Enfermagem de Saúde Familiar

A família e a evolução do seu conceito incorporam em si importância fulcral no contexto de avaliação e intervenção familiar. São inúmeras as definições existentes muitas delas a par da própria evolução da sociedade.

De origem latina, a palavra família deriva de “*famulus*” que designava servidor, correspondendo na Roma antiga ao conjunto de escravos e a todos os indivíduos e bens patrimoniais pertencentes a uma casa “*domus*”, liderada pelo homem (Leandro, 2006).

É na Idade Média que surge o casamento indestrutível e com intuito de reprodução. Consolidando-se assim o conceito de família tradicional (pais e filhos) onde o homem era o sustento da família e a mulher executava as tarefas domésticas e o cuidado aos filhos (Bértolo, 2021).

Muitas foram as configurações familiares seguintes até se chegar aos conceitos de família da atualidade. Sendo um termo que pode ser referido nas mais variadas formas, para Robinson et al. (2022) esta é quem os seus membros identificam como tal. Sendo em 2023, definida pela ICN, como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Para Bértolo (2021), independentemente da definição deste conceito importa que seja interpretado por uma visão sistémica. Abordar o conceito por esta perspetiva sistémica remete para os conceitos teóricos que a sustentam. Por Wiener em 1948, sumariza-se a Cibernética, com o modo de ação dos sistemas e do ambiente onde acontece, a interação. Já a Teoria da

Comunicação Humana, surge por Watzlawick et al. em 1967, que ressalva a comunicação e o seu papel fundamental nos relacionamentos pelos padrões de interação estabelecidos através da mensagem e seu significado. Mais tarde, Bertalanffy (2006), revela a presença do sistema em várias áreas do conhecimento pelo conceito de Teoria Geral dos Sistemas (TGS). Para o autor, visa apurar as relações entre as partes, ou seja, vê os sistemas como elementos complexos com componentes com interação entre si e que influenciam e são influenciados pelo meio externo. No fundo visa a compreensão da família e do processo terapêutico (Figueiredo, 2012). É daqui que se depreende a ligação entre os constituintes do sistema, onde da junção destes três conceitos surge a possibilidade de compreender a família enquanto unidade sistémica, com a sua vertente evolutiva e interativa com atribuição de significado pela componente interaccional (Figueiredo, 2012). Abordada por Vasconcellos (2002), pela complexidade inerente a todos os processos de interação, pela instabilidade intrínseca a cada resultado e intersubjetividade de cada elemento. Onde por este pensamento sistémico, o sistema se encontra constantemente em processo de evolução e mudança recorrendo à sua auto-organização em contextos instáveis, imprevisíveis e incontroláveis (Figueiredo, 2023b).

Explanado por Figueiredo et al. (2022), nesta perspetiva sistémica, este conceito incorpora a complexidade e a característica fundamental que assenta nos vínculos afetivos em que se representa o todo e as partes ao mesmo tempo. Assim, “reconhecida como unidade básica da sociedade, a família desempenha um papel importante na saúde dos seus membros, contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar” (Correia et al., 2021, p. 189). Família é, um sistema dinâmico que se comporta como um todo, sendo as suas partes interdependentes, onde cada um dos seus membros possui as suas funções e papéis e a variação em um dos seus elementos origina mudanças de todos os outros bem como na sua estrutura interaccional (Figueiredo, 2012; Silva et al., 2022). Premissa esta regida pelo princípio da globalidade, onde cada pessoa ou os seus subgrupos são designados como subsistema dentro do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

É neste contexto que surge o sistema familiar onde o todo e cada parte se influenciam reciprocamente nos decursos de saúde e alteração do bem-estar e o próprio é detentor de forças e recursos que fomentam a saúde familiar (Hanson, 2005; Figueiredo et al., 2022). Que “numa perspetiva da interceção dos conceitos de saúde e de família, caracteriza-se como um lugar representativo de exponenciais características, fruto das suas derivações” (Figueiredo et al., 2023a, p. 125).

Conjuntura refletida igualmente na enfermagem onde inicialmente se enfatizava em grande parte o indivíduo e não a família, sendo que as intervenções de enfermagem devem visar a família como foco de cuidados que validam problemas reais e potenciais e não uma abordagem segmentada e focada apenas no indivíduo (Wright & Leahey, 2012; Fernandes, 2014). Com início em casa das pessoas (domicílios das famílias) e o estudo sobre o ambiente e a sua influência na saúde, a enfermagem integra a família como foco de cuidados desde Florence Nightingale (Oliveira, 2020; Figueiredo & Fonseca, 2023). O que se traduz no facto dos cuidados à família se terem desenvolvido a par com a própria evolução dos cuidados de enfermagem e visarem a interação entre os membros que compõe a família (Figueiredo, 2012).

Este paradigma com foco na saúde familiar, presume uma mudança do indivíduo e sua doença para uma visão integrativa que distingue a família como alvo dos cuidados, no contexto de excelência para a sua prestação, o dos CSP (Figueiredo, 2012; Oliveira et al., 2016a). Em Portugal, pela Lei nº 56/79, publicada em Diário da República, surge em 1979 a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), materializando a prestação de cuidados gerais de saúde para todos. Cinco anos mais tarde, pelo decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março, é criada a direção dos CSP, um ano após a sua regulamentação, no entanto, só em 2005, com a reforma a que foram sujeitos é que surge a criação das USF, implementadas no ano de 2007 (Decreto-lei nº 298/2007; SNS, 2023). É aqui que se exigem cuidados de enfermagem de qualidade à família, dando respostas adequadas às necessidades da comunidade (Barbieri et al., 2009). Sendo por isso, a prática de enfermagem considerada fundamental neste contexto de cuidados (Brás et al., 2013).

Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) incitada em modelos teóricos com um campo próprio do saber, foi ganhando força e procurando almejar as necessidades atuais e reais das famílias com implementação de novos conhecimentos (Monteiro, 2019). Trilhando assim a expansão teórica e da investigação com novos modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que se destacam pela família como objeto do seu estudo (Figueiredo, 2012). Os cuidados de enfermagem à família implicam uma relação interpessoal do enfermeiro com a família sendo para isso fulcral a aplicação da teoria na prática (Ferreira, 2022). Pelo que, se considera necessário dotar os enfermeiros de meios capazes de sustentar a compreensão bem como o conhecimento das dinâmicas da família para assim intervirem de forma que as possam capacitar para darem resposta aos desafios (Henriques & Santos, 2019).

É neste âmbito e para que seja passível uma abordagem em enfermagem de saúde familiar que surge o MCAF, proposto por Wright & Leahey (2012). Com o intuito de analisar a família como

um sistema, com formulação de diagnósticos, bem como recursos e suporte social que dispõem, a sua estrutura apreende a família em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional, que por sua vez se dividem em categorias e subcategorias (Wright & Leahey, 2012). Associado a este surge, pelas mesmas autoras, o MCIF, que contempla a dinâmica entre o funcionamento familiar, a intervenção proposta pelo profissional de enfermagem e os recursos disponíveis. Este visa o funcionamento familiar pelos domínios: cognitivo, que se prende com a promoção da capacidade de resolução de problemas com recurso às forças da família e potenciar o seu conhecimento; afetivo, que aponta para o desbloquear de emoções que possam estar a dificultar a resolução dos problemas, validando as repostas emocionais, a narrativa e o suporte familiar; comportamental que prevê a integração de práticas para alterar padrões de interação (Wright & Leahey, 2012).

Assim, com recurso ao MCAF e MCIF como fontes teóricas, sustentado no anteriormente referido Pensamento Sistémico como referencial epistemológico e na abordagem entre a TGS, a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana, surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo em 2012.

Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família são os conceitos centrais a este modelo, apresentados pela autora, bem como os pressupostos e postulados que lhe conferem autenticidade (Figueiredo, 2012). Como Matriz Operativa, divide a avaliação familiar nas dimensões: Estrutural, Desenvolvimento e Funcional, com respetivas áreas de atenção (figura 3) com o intuito de “estabelecer uma estrutura organizativa para as ligações operacionais que conferem o elemento da testabilidade” (Figueiredo, 2012, p. 103).

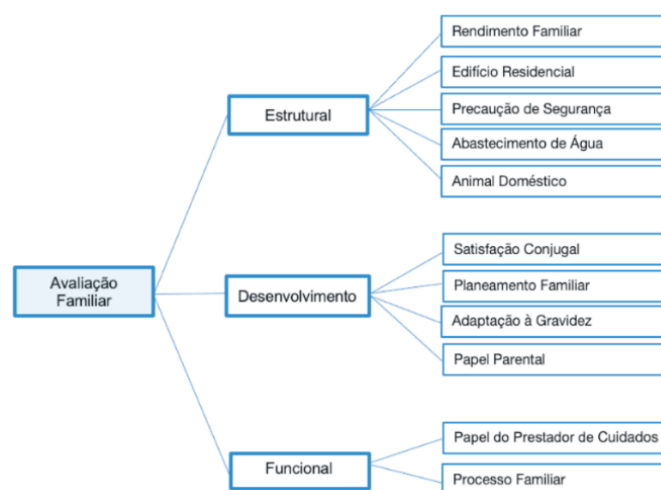


FIGURA 3: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação – MDAIF

Fonte: Figueiredo (2012, p. 104)

A primeira dimensão avaliativa referida, a estrutural, foca-se na composição familiar, nos vínculos existentes entre os membros bem como com os sistemas mais amplos. Sendo que nesta avaliação se destacam a utilização do Genograma, Ecomapa e Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado). Na dimensão de desenvolvimento a atenção recai sobre o crescimento familiar com reconhecimento da etapa do ciclo vital considerando o específico e exclusivo de cada família. A sua terceira dimensão, funcional, foca-se nas interações familiares (Figueiredo, 2012). Como instrumentos nesta dimensão surgem a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II - versão Portuguesa de Fernandes 1995) e APGAR familiar de Smilkstein (1978).

A avaliação da família sustentada no MDAIF, possibilita a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e permite reconhecer a sua complexidade como unidade de cuidados, capaz de promover maiores níveis de confiança com o enfermeiro o que se vai traduzir em ganhos na saúde familiar bem como na melhoria da qualidade de cuidados (Correia et al., 2021; Cardoso & Carvalho, 2023). O que não invalida “a responsabilidade do enfermeiro na decisão das áreas em que se deve focar, tendo em consideração a complexidade única de cada família” (Correia et al., 2021, p. 190). Reconhecido a nível internacional como referencial das práticas de enfermagem de família pela *Internacional Family Nursing Association*, este modelo desenvolvido por Figueiredo, constitui-se como um “referencial teórico e operativo” capaz de suportar os exigidos níveis de julgamento clínico e tomada de decisão dos enfermeiros especialistas nesta área (Figueiredo et al., 2022).

Assim, já há alguns anos, fruto da necessidade de implementar cuidados especializados em áreas fulcrais, a OE regulamentou competências para enfermeiros especialistas. No ano de 2017, no decreto de lei 73/2017 de 21 de junho, no seu artigo 7º define que “os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar”, facto reforçado novamente no atual decreto de lei nº 103/2023 de 7 de novembro (Decreto-Lei n.º 73/2017; Ministério da Saúde 2023c). Pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº 140/2019), os cuidados de enfermagem são descritos como vindo a assumir maior relevância e exigência tanto técnica como científica e humana, pelo que ao enfermeiro especialista lhe são reconhecidas essas competências para prestar cuidados especializados. A estas acresce as competências de responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade; gestão de cuidados e ainda desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Acrescendo a estas surgem as

competências específicas EEECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É assim que o EEECESF exerce a sua atividade profissional num contexto de parceria com as famílias, tendo como base as forças da família, dos seus membros e da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

2.2 A família com filho(s) na Transição para a Parentalidade

Visando a manutenção da sua integridade, a família, como sistema evolutivo desenvolve diversas funções ao longo do seu ciclo vital (Hanson, 2005). Definido como transformações na organização familiar, em sequência previsível, pelo cumprimento de tarefas bem definidas, surge o conceito de ciclo vital da família (Relvas, 2000). Este traduz-se segundo a mesma, em cinco etapas: formação de casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. O ciclo vital da família corresponde à sua duração, desde que surge até que se extingue, onde a fronteira entre as diversas etapas não cumpre um sistema rígido, o que significa que as tarefas desenvolvimentais de uma, não terminam necessariamente com o início da tarefa seguinte (Ventura, 2013). Importa então salientar que “o ciclo de vida da família contextura, assim, a visão do sistema familiar ao longo do tempo quanto à sua história, vulnerabilidade, redes e recursos” (Silva et al., 2023, p. 152).

A família desenvolve, enquanto grupo, funções com o intuito de contribuir para a sociedade e resistir como sistema social. Pelo que, apesar das novas estruturas familiares, a função reprodutora continua a tributar-se pela reprodução biológica e social (Spínola & Figueiredo, 2023). Assim, tanto a gravidez como a parentalidade caracterizam-se pela necessidade da resolução de tarefas desenvolvimentais específicas que implicam reorganização pela vivência deste período de mudança (Graça, 2010). Em consonância com a abordagem sistémica importa focar também nesta necessidade individual com vista à resolução destes ajustes necessários, no sentido de se adaptar a um novo estado pela situação vivenciada, pelo que surge a Teoria das Transições por Afaf Meleis em 2000. Sendo que o conceito de transição se define como a passagem entre dois estados com integração de conhecimento e mudança de comportamento

inerente ao significado imputado à experiência, é imperativo que a família esteja habilitada para a utilização desses recursos (Meleis, 2000). Nesta teoria foram identificados quatro tipos de transições (desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais) significativas para a prática de enfermagem que podem acontecer tanto a nível individual como familiar (Costa, 2016). O que traduz, inevitavelmente, o período de transição para a parentalidade como um desses períodos que acarreta mudança. Classificada esta necessidade de ajustamento à mudança como sendo inerente à vida, que como acontecimento normativo, esta transição permite à família que se vá preparando e aumentando a sua capacidade de adaptação à crise, sendo um fator relevante no tempo que necessita e na sua capacidade para ajustar a transição e voltar a um novo momento de equilíbrio (McCubbin et al., 1996; Silva et al., 2023).

Mais um membro para a família conduz a mais alterações e desafios do que em qualquer outro estadio de desenvolvimento do ciclo vital, facto que remete para a importância da abordagem à parentalidade (Ribeiro et al., 2021). Surge este termo pela primeira vez em 1961 por Racamier, que fundiu os termos maternalidade com paternalidade (Kruel & Lopes, 2012). Esta contém a ação do papel de mãe e pai a prestar o cuidado, alimentação e proteção ao filho ajustados às necessidades deste novo membro da família visando um adequado desenvolvimento emocional, cognitivo e social (Oliveira, 2023). Que pelo ICN (2023) se traduz no assumir a responsabilidade de ser mãe ou pai com o desenvolvimento adequado de comportamentos para facilitar a entrada deste novo membro na família e otimizar o seu adequado crescimento e desenvolvimento com interiorização de expectativas que visem um papel parental adequado ou não. Sendo que, pela mesma fonte, são comportamentos que almejam a adaptação à gravidez e o desenvolvimento de ações para a preparação de ser mãe ou pai. Assim, “a transição para a parentalidade reflete um processo único, que ocorre à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho e da forma como ambos experienciam esta transição” (Carvalho et al., 2023, p. 2). Esta, integra em si a modificação de identidade pessoal bem como a mudança no relacionamento do casal o que consequentemente se traduz em alterações na família (Ribeiro et al., 2021). É aqui que se dá uma reestruturação da família onde ocorre uma nova definição de papéis para pais e filhos e limites para com o exterior visando amplificar a abertura às famílias de origem e comunidade (Relvas, 2000; Figueiredo, 2012). O conhecimento demonstrado dos membros do casal, o planeamento da gravidez, a sua comunicação eficaz, os comportamentos de adesão demonstrados e o apoio da família alargada são domínios fundamentais para a aquisição de uma identidade parental adaptativa nesta fase de mudanças significativas (Figueiredo, 2012; Silva et al., 2021b). Pelo contrário, a dificuldade

de momentos a sós, o próprio desempenho da função parental, a intrusão de membros da família alargada, o reinício e manutenção da sexualidade bem como a falta de apoio profissional, são apontados como fatores dificultadores desta fase de transição (Silva et al., 2021b). Sendo, importantes para a adaptação dos pais ao filho que vai integrar o seu sistema familiar e visam promover o envolvimento emocional, a aceitação e a segurança do bebé (Canário, 2014; Figueiredo et al., 2022). Surge aqui a necessidade de readaptação, reajuste e alteração de hábitos e comportamentos no seio familiar, sendo um período de entropia e vulnerabilidade (Martins, 2013; Smith et al., 2017). O que inevitavelmente sustenta a importância fulcral que estas adaptações têm na promoção do desenvolvimento no contexto familiar e consequentemente desenvolvimento infantil (Schmidt et al., 2016).

Desde há vários anos que se vem a referir e a tentar perceber qual o impacto da chegada de um novo filho à família. Já em 1983 Walz & Rich, no seu estudo, identificaram comportamentos da mulher na incorporação do segundo filho, como a promoção da aceitação do novo filho pelo filho mais velho, o luto pela privação da relação exclusiva com o primeiro filho e a reformulação deste relacionamento, o planeamento para integrar o novo elemento, a comparação entre os filhos e a sua capacidade para nutrir o mesmo afeto pelos filhos. Sendo que para estes autores, uma transição bem-sucedida acontecia pela aceitação de ser mãe de mais que uma criança.

Dois anos mais tarde, em 1985 Minuchin incorpora o conceito de família, referindo que essa chegada pode gerar o aumento da tensão familiar devido à reformulação de papéis e regras de funcionamento familiar. Stewart em 1990 identifica que só após a chegada do segundo filho é que o pai demonstra mais interesse pela vida familiar onde assume responsabilidade pelas tarefas domésticas e cuidado aos seus filhos. Sendo que as mães referem mais conflitos de papéis e isolamento devido ao aumento da complexidade e alteração de rotinas definidas (Hakulinen et al, 1997).

A gravidez surge assim como uma “fase de mudança, tanto para os membros do casal, como para o sistema familiar e extra-familiar onde se vai integrar a criança” (Figueiredo, 2012, p. 83). O nascimento do segundo filho, descrito como um momento complexo de transição, constitui-se um momento importante do desenvolvimento da família, que traz desafios para os seus subsistemas, podendo apresentar-se um desequilíbrio ao sistema como um todo, para cada um dos seus membros e mesmo para as relações entre eles - “ relação pai-mãe-filho mais velho, na relação conjugal, na relação mãe-primogênito, pai-primogênito e em outros” (Dessen, 1997; Oliveira & Lopes, 2010, p. 104; Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020). Considerado assim ser um

período único, de maior vulnerabilidade e de transformação que exige o encontro de um novo equilíbrio familiar, podendo mesmo ter influência na decisão dos casais terem ou não mais filhos (O'Reilly, 2004; Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020).

O casal que já assume a presença de um filho precisa diferenciar e especificar o seu papel parental perante o nascimento do/s seguinte/s, apresentando-se assim como um momento singular na mudança de papéis que pode ter implicações na saúde, qualidade de vida dos membros da família e desenvolvimento dos filhos anteriores pelo início do subsistema fraterno (Pereira & Piccinini, 2007; Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020). Esta nova formulação familiar, acarreta assim, mudanças relevantes no primogénito, que quando apresentam idade mais próxima do novo irmão demonstram maior dificuldade de se adaptar ao novo contexto familiar que surge (Goldschmidt, 2019). Logo, “com o aumento do número de membros, é relevante considerar o aumento de número de possíveis relações diádicas e de subsistemas maiores na família” (Pereira & Piccinini, 2007, p. 386).

Oliveira e Lopes em 2010 descrevem que a inserção do novo filho na família pode ainda acarretar alterações sociais, económicas e emocionais, afetando todos os membros de maneiras diferentes. Assim, o momento de passagem de um sistema triádico (casal com um filho) para um sistema poliádico (pais com filhos) pode ser “capaz de gerar instabilidade e aumentar o nível de *stress* dos membros constituintes da família” (Desse, 1997; Goldschmidt, 2019, p. 38). Para os pais, surgem novos fatores de *stress* pela preocupação com o comportamento do primogénito após o nascimento do irmão, bem como a preocupação de conseguirem gerir o cuidado das crianças (Kuo et al., 2017). Contudo, a literatura sugere que para as mulheres o nível de *stress* experienciado é mais alto e de maior variedade, onde as que são mães pela segunda vez tendem a descrever mais *stress* do que mães de mais crianças e até mesmo do que as que são mães pela primeira vez (O'Reilly, 2004; Machado, 2021). Facto sustentado pela associação ao medo do parto, quando associado a uma experiência anterior menos boa, à necessidade de redefinição de papéis e novas funções (Stoll et al., 2016). No entanto, tais vivências contribuem para que o nascimento de mais um filho se traduza em níveis de bem-estar psicológico e autoeficácia superiores pela sustentação do seu papel de mãe (Bassi et al., 2017; Dol et al., 2021).

Na tentativa de perceber esta alteração a nível familiar, Vivian em 2010, verificou que as mulheres não consideram que o segundo filho seja mais fácil, sendo um desafio a criação de espaço para outra criança, bem como o marco importante na relação com o marido assente nos

cuidados ao filho mais velho. Neste contexto surgem ainda algumas questões de género, muito tempo associadas à maior sobrecarga referida pelas mulheres e o impacto na relação e satisfação conjugal, contudo já existem sinais de mudança geracional com diminuição da sobrecarga feminina (Rodrigues & Velez, 2018; Cunha, 2018).

Inerente a todo este processo adaptativo e como essencial para a qualidade de vida das pessoas importa abordar a satisfação com o relacionamento e a satisfação sexual (Moreira, 2003; Kalka, 2018). A vida sexual do casal sofre alterações perante o nascimento dos filhos, onde a frequência sexual, o desejo, a angústia e a satisfação são componentes únicos e estruturantes desta dimensão (Rossi et al., 2021; Rosen et al., 2021). Mulheres relatam que o nascimento dos filhos acarreta mais dificuldades e transforma a conjugalidade, destacando que o tipo de relacionamento estabelecido até então e a carga doméstica vão influenciar a sua satisfação (Vilar & Rabinovich, 2014; Rodrigues & Velez, 2018). Já a satisfação sexual do homem é considerada de forma geral satisfatória neste período de transição para a parentalidade, pré e pós-parto, não sendo reportadas diferenças significativas relacionadas com a idade ou número de filhos (Pinto et al., 2022).

Esta experiência de nova transição na parentalidade acarreta em si uma maior complexidade nas inter-relações emocionais da família, pelas exigências diferentes e criação de novos relacionamentos, não apenas em questões de tempo, mas também em questões afetivas, pela implementação de estratégias adaptativas ao funcionamento familiar (Vivian et al., 2013; Chapman & Hart, 2017; Lima, 2020). A preocupação com a relação conjugal e com a relação entre os filhos, traz sentimentos de ambivalência, tristeza e culpa, que se considera estarem associados à preocupação com o seu relacionamento com cada um dos filhos, sendo uma fase de luto por redução da intensidade no relacionamento com os filhos anteriores (Rodrigues & Velez, 2018; Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2020). Sendo que se nota uma aproximação do progenitor masculino ao primogénito enquanto é atribuída à mãe uma necessidade de maior organização pelo facto da chegada do novo filho bem como a sua aproximação à sua própria mãe devido à maior necessidade de ajuda (Pereira & Piccinini, 2007; Goldschmidt, 2019). É também nesta conjuntura que se descreve uma maior empatia materna e consciencialização face aos comportamentos e reações que ocorrem nos filhos mais velhos face à chegada de outro (Chapman & Hart, 2017).

Em suma, tornar-se mãe e pai de mais que um filho é considerado um período de maior vulnerabilidade, onde surge um encontro com uma nova identidade (Guarda-Rodrigues &

Rebello-Botelho, 2021). Importa assim ressaltar o facto que a transição para a parentalidade sendo um evento previsível e irreversível se apresenta como um evento que pode ter grande impacto na dinâmica familiar (Trindade, 2018). Neste contexto de vivência de uma nova transição na parentalidade, importa considerar a influência/apoio da família extensa e sistemas mais amplos a estas famílias. Surge assim uma parentalidade multifacetada, onde a competência parental é afetada por muitos e variados fatores (José, 2018).

Esta alteração na parentalidade traz consigo a necessidade de um cuidado profissional para o reforço de competências e minimização da vulnerabilidade (Rodrigues & Velez, 2018). Esta abordagem deve ser focada com suporte na negociação face às exigências do novo papel parental e baseada em factos concretos, onde se fomenta o conhecimento face às mudanças esperadas desde a gravidez até ao pós-parto (Lorensen et al., 2004; Pereira & Piccinini, 2007). Atentando sempre ao facto que nenhum nascimento é generalizável, dependendo sempre dos progenitores e da própria criança pelo que se defende uma atuação de enfermagem individualizada e baseada na evidência (Park, 2012; Rodrigues & Rebello-Botelho, 2020).

Neste âmbito, as intervenções de enfermagem são vistas como um contínuo no processo de transição que visam o empoderamento para uma resposta saudável à mudança (Vieira & Reis, 2017). Considerando que os enfermeiros de família são normalmente os primeiros a prestar cuidados a famílias em transição para a parentalidade torna-se imperativo que implementem estratégias adequadas (Tralhão et al., 2020; Ribeiro et al., 2021). Espera-se que as intervenções tenham como propósito impelir a autonomia do sistema familiar e salientar as interações entre os seus membros para uma tomada de decisão conjunta (Figueiredo et al., 2010). Pelo que é imperativo que o enfermeiro proceda a uma avaliação completa que leve ao conhecimento aprofundado de cada sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Importa ainda ressaltar, que na atualidade a vigilância da gravidez está devidamente legislada e implementada, o que se tem vindo a traduzir no decréscimo da mortalidade e morbilidade materno-infantil ao longo dos anos, comprovado pela diferença entre a taxa de mortalidade infantil de 77,5% em 1960 com os 2,6% em 2022 (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2009; INE, 2023). Concretamente no nosso país, no ano de 1987, com o intuito de aproximar a qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica do que já se fazia em outros países europeus, foi elaborado um relatório sobre o estado das grávidas e crianças a nível nacional. Foi daqui e da implementação de medidas de melhoria que não se mostraram suficientes que surgiu o Primeiro Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil (Barreto et al., 2014). Anos depois, já em

2015 foi implementado um Programa Nacional de Vigilância da Gravidez que visa a referência materno-infantil e a articulação entre CSP e Cuidados Hospitalares, associados a medidas como a vacinação, a literacia, a melhoria de cuidados alimentares e a proteção da parentalidade, que mostram ser eficazes no alcance deste marco a nível mundial. Atitudes, que colocam Portugal nos países com resultados melhores nesta área (Ministério da Saúde, 2015).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015), enquadra o acompanhamento à mulher e à família desde a preconcepção até ao puerpério e respetivo acompanhamento ao recém-nascido. Onde preconiza o correto acompanhamento para vigilância do estado de saúde, deteção precoce de complicações, preparação para o parto e parentalidade bem como informar para os direitos e deveres parentais.

Considerando sempre as necessidades individuais e sendo imperativo que assim o seja, no caso da gravidez de baixo risco é preconizado um esquema de consultas periódicas programadas que prevê o correto acompanhamento nos CSP. Assim, a primeira consulta deve ser realizada o mais precoce possível, idealmente entre as seis semanas e as nove semanas e seis dias, seguindo-se o acompanhamento com a realização de consultas em cada quatro a seis semanas até às trinta semanas de gestação, passando posteriormente a serem realizadas a cada duas a três semanas até às trinta e seis semanas e por fim a cada semana ou quinzenalmente até ao momento do nascimento, que se prevê que no mínimo perfaça um total de cinco consultas. Sendo ainda prevista a realização de uma consulta de puerpério em complementaridade com a consulta de saúde infantil, que deverá ser realizada até ao quadragésimo segundo dia pós-parto, sempre que possível no domicílio (Ministério da Saúde, 2015; Ministério da Saúde, 2023a).

Nesta oportunidade de educar para a saúde é fulcral que o enfermeiro detenha conhecimento capaz de capacitar o cliente (Ministério da Saúde, 2015). Sendo a gravidez e a parentalidade descrito como um período de vulnerabilidade, adaptações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais este torna-se o contexto ideal para identificar e capacitar tanto a mulher quanto a família (Ministério da Saúde, 2015; Smith et al., 2017; Lamúria, 2019).

Descrito como um contexto capaz de despoletar perturbações na saúde mental, deve o profissional estar atento capacitando a aceitação da gravidez e a promoção da mudança e para que não seja um aspeto sub-diagnosticado o profissional atentar a sinais precoces como fadiga, medo do parto, alterações no padrão do sono, alterações alimentares bem como alterações do humor (Ministério da Saúde, 2015; Stoll et al., 2016; Lamúria, 2019).

Na base desta avaliação surge o parâmetro peso e consequente Índice de Massa Corporal (IMC), onde é orientador do ganho ponderal e desperta a atenção para potenciais problemas como risco de recém-nascido com baixo peso à nascença e parto pré-termo ou recém-nascido maior para o tempo gestacional, parto pós-termo e ainda ocorrência de diabetes gestacional (Ministério da Saúde, 2015). Factos que remetem inevitavelmente para a abordagem à alimentação e exercício físico no decorrer destas consultas. Deve assim, o enfermeiro informar e aconselhar sobre a alimentação saudável visando que esta tem repercussão direta na saúde da criança e na qualidade de vida futura da mãe, atentando ainda para situações específicas como a muito conhecida toxoplasmose, associando as vantagens da prática de exercício como aumento do tônus muscular, força e postura que vai auxiliar a diminuição de edema, alívio de lombalgias e obstipação (Ministério da Saúde, 2015; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2021). No entanto, neste período de adaptação, a mulher pode vivenciar muitos mais sinais e sintomas que deve reconhecer como normais ou de alerta, como a título de exemplo se pode referir a hemorragia vaginal, alterações da visão, diminuição de movimentos fetais, entre outros (Ministério da Saúde, 2023a). Aqui surge novamente o papel crucial do enfermeiro que antecipadamente fornece informação para que esta seja capaz de os reconhecer (Ministério da Saúde, 2015).

Tal como referido, todas estas panóplias de alterações podem surgir associadas à vivência da sexualidade no subsistema conjugal, onde o profissional informa sobre o impacto que todas as mudanças podem afetar as respostas à sexualidade e capacitar para a comunicação efetiva do casal, informando para as alternativas possíveis. Em situações especiais de risco inerente, o profissional deve desaconselhar a penetração vaginal, sendo que em condições de normalidade o casal poderá manter o seu padrão sexual como antes da gravidez (Ministério da Saúde, 2015; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2021).

Visando o adequado desenvolvimento da criança, na primeira consulta com a família, o profissional deve questionar sobre o consumo de tabaco e exposição ao fumo ambiental, consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas. O uso destes durante a gravidez pode levar ao aumento do risco de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro, malformações fetais, défices intelectuais, entre outros, pelo que o profissional deve informar e orientar a grávida para que não se exponha (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2021).

Focando no anteriormente exposto e na influência que tudo isto tem na família como um todo, importa ainda que o enfermeiro utilize todas as formas de a capacitar. É assim que surge a

abordagem nas consultas à preparação para o parto, a parentalidade e até para a amamentação, onde se abordam temas desde as alterações inevitáveis da gravidez, como o desenvolvimento fetal, trabalho de parto, cuidados ao recém-nascido, direitos e deveres parentais, entre outros. Tudo isto, para capacitar a família na aquisição de competências inerentes, como relatado anteriormente e almejar uma consulta de puerpério efetiva reavaliando o ensinado anteriormente e atentando a necessidades emergentes (Ministério da Saúde, 2015).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Assentes nos regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018 da OE, que aclaram as competências comuns e específicas do EEECESF, surgem as atividades que visam contribuir para a aquisição de competências na prestação de cuidados à família bem como em liderança e colaboração nos processos de intervenção. Pelo que, no presente capítulo serão explanadas as atividades desenvolvidas no decorrer da componente clínica.

3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Este subcapítulo centra-se na primeira competência específica do EEECESF. Aqui, enquanto alvo de cuidados, será explanada a prestação de cuidados à família, assim como dos seus membros individualmente, nos diferentes níveis de prevenção ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro Especialista desenvolve a sua prática profissional, nomeadamente a tomada de decisão, de acordo com princípios éticos e deontológicos, baseado numa prática responsável, atentando na dignidade da pessoa (Marques, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, as suas práticas garantem a responsabilidade profissional, assegurando o direito à informação segura, privacidade e confidencialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Seja qual for o contexto de prestação de cuidados, o foco do enfermeiro, diretamente ou não, é centrado na família (*International Family Nursing Association*, 2017; Figueiredo & Fonseca, 2023). É neste âmbito que o EEECESF visa estabelecer uma relação com a família, onde colhe dados pertinentes ao estado de saúde e monitoriza as respostas a diferentes conjunturas de saúde e doença. Almejando assim, a promoção da saúde e prevenção da doença dos membros da família, o EEECESF deve desenvolver a sua atividade sustentada na melhor evidência científica disponível. Com o intuito de facilitar os processos de transição, intervindo eficazmente na promoção e reintegração do bem-estar em situações complexas, o EEECESF monitoriza respostas às intervenções que implementa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, os cuidados de enfermagem que visam como foco a família almejam promover o seu fortalecimento face aos desafios e particularidades inerentes ao seu desenvolvimento (Figueiredo & Fonseca, 2023).

3.1.1 Avaliação e Intervenção em famílias em transição para a parentalidade

Fundamentado na análise proveniente do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, no PAI da unidade e na contribuição que se pretende que este tenha para a USF, selecionaram-se famílias em transição para a Parentalidade.

Tendo em consideração todo o ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante na data de início (18/09/2024) do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, destacaram-se as famílias em que a mulher estava grávida. Para além desse facto, consideram-se como critérios de inclusão, famílias com filho/s a integrar um novo filho e famílias em que a mulher grávida tivesse menos de 38 semanas de gestação. Assim, foram identificadas 1,5% (9) famílias que se encontravam na fase de transição para a Parentalidade. Constatou-se que destas famílias, 44,4% (4), correspondem à integração do primeiro filho na família e as restantes 55,6% (5) a filhos seguintes. Ressalva-se ainda que 22,2% (2) famílias apresentam tempo de gestação superior a 38 semanas (uma também já excluída por corresponder a integração do primeiro filho). Sendo por isso possível identificar quatro famílias que correspondem aos critérios definidos, tal como apresentado na tabela 2.

TABELA 2: Famílias em transição para a parentalidade

Família	Gestação	Semanas de Gestação
A	3 ^a	34
B	2 ^a	32
C	2 ^a	39
D	3 ^a	24
E	1 ^a	33
F	1 ^a	40
G	1 ^a	12
H	2 ^a	12
I	1 ^a	36

Fonte: Elaboração Própria com dados do SCLinico®

Todas as consultas aconteceram na USF. No primeiro contacto estabelecido com os membros das quatro famílias selecionadas, foi explicado o objetivo, assegurado o sigilo e confidencialidade de todos os dados colhidos nas consultas e assegurado o consentimento verbal para que o acompanhamento fosse possível. Para isto e tal como perçível na tabela 1 foram codificadas as famílias de forma que não fosse possível a sua identificação. Cada família

terá correspondência a uma letra (A, B, D e H) e cada um dos seus membros será designado apenas por letras maiúsculas.

Como guia orientador da avaliação e intervenção familiar nestas famílias em transição para a parentalidade recorreu-se à utilização da matriz do MDAIF de Figueiredo, 2012. Com foco nas três dimensões fundamentais deste modelo e nas suas áreas de atenção, Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água, Animal Doméstico, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental e Processo Familiar, foi passível de orientar a decisão clínica. Pelo carácter flexível e dinâmico da matriz é possível explanar toda a prestação de cuidados à família, desde a colheita de dados até a concretização das intervenções. A sua eleição surge na medida em que se mostra facilitador da prática dos enfermeiros de família e se demonstra potenciador de ganhos em saúde, na medida em que as famílias conseguem mobilizar as suas forças e recursos para assim darem resposta às suas necessidades, aumentando a sua funcionalidade (Oliveira et al., 2016a; Ferreira et al., 2020). Então, nas consultas realizadas com os membros destas famílias, os dados obtidos foram registados inicialmente em um documento que sistematiza a matriz operativa, com as áreas de atenção avaliadas, focos e critérios de diagnóstico – adaptado de Figueiredo, 2012 (Anexo II) e posteriormente foi efetuado o registo no sistema de informação SClínico-CSP®. Já para a avaliação e possível intervenção nos membros de cada família recorreu-se à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), visando a incorporação de conhecimentos e quando exequível alteração de comportamento que culmine numa transição saudável. Para os enfermeiros, esta mostra-se relevante, quando a implementam na sua prática e atentam ao bem-estar da pessoa e alteração nos seus comportamentos que podem derivar na diminuição de situações patológicas (Guimarães & Silva, 2016).

Para que a colheita de dados e implementação de intervenções seja concretizada com ganhos em saúde, é fulcral mobilizar ferramentas capazes de facilitar a abordagem a estas famílias. Com importância relevante e implementados numa abordagem sistémica com o intuito de serem úteis na compreensão da família, surgem os instrumentos de avaliação familiar inerentes ao modelo selecionado (Figueiredo, 2023a). O Genograma surge como um instrumento de representação gráfica, utilizado na colheita de dados, possibilitando uma prática visualização da composição familiar bem como aspetos inerentes da sua complexidade, como relações ou até problemas de saúde (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023b). A vantagem da sua utilização prende-se, enquanto instrumento terapêutico, com a possibilidade de facilmente identificar

situações que favoreçam ou dificultem a promoção da saúde dos membros representados (Fonseca et al., 2022). Nos planos de cuidados apresentados no subcapítulo seguinte, o Genograma foi realizado com recurso ao *GenoPro*®. Igualmente relevante é o Ecomapa na medida em que possibilita compreender as interações dos membros da família com o meio, permitindo avaliar o apoio disponível e a sua utilização pelos mesmos (Nascimento et al., 2014; Figueiredo, 2023). É assim, através destes dois instrumentos, possível colher dados da família e do modo como se relacionam entre os seus membros e com a comunidade, sendo por isso fulcrais no planeamento da intervenção (Sá et al., 2022).

A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), por Amaro em 2001, visa a identificação da classe social através da avaliação de condições socioeconómicas da família, importante pelo facto de poder prever situações de risco inerentes aos próprios comportamentos de saúde (Amaro, 2001; Figueiredo et al., 2023c). Avaliada em cinco itens (profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência), é atribuída a pontuação de um a cinco para cada categoria de acordo com o membro do agregado familiar que apresenta maior pontuação, resultando do seu somatório uma classificação final que atribui à família a respetiva classe social (Amaro, 2001). Também utilizada, a Escala de readaptação social de Holmes e Rahe, com tradução para a população portuguesa por Caeiro em 1991, representada em quarenta e três itens, permite avaliar eventos causadores de stresse nos membros da família, sendo classificada numa escala de um a cem. A sua pontuação é atribuída pela soma de eventos ocorridos no ano transato pela família ou algum dos seus membros. O resultado indica a probabilidade de ocorrência de doença, onde valores mais baixos indicam uma menor probabilidade (Marques et al., 2022). Ainda nesta referência a questões de stresse vivenciadas, importa também salientar a coesão e adaptabilidade da família a esses eventos, pelo preenchimento da FACES II, na sua versão portuguesa de Fernandes em 1995, avaliando a perceção dos membros da família sobre essa ocorrência (Silva, 2014). Apresenta-se numa escala tipo *Likert* com cinco alternativas para resposta, num total de 30 itens de resposta, sendo que alguns são adicionados na relação inversa para a pontuação final (Amaral, 2015).

Infimamente ligada ao descrito, como instrumento essencial à ESF e surgindo como um método que possibilita a avaliação das relações familiares, é utilizada como recurso a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) (Milanez et al., 2019; Ferré-Grau, 2023). Este tipo de entrevista alicerça-se na TGS e na Teoria da Comunicação Humana, considerando as propriedades do sistema e os axiomas da comunicação,

“baseia-se na ideia da totalidade, da causalidade circular, da reciprocidade, da multicausalidade, de que a comunicação inclui todas as formas de expressão além da verbal, que ao se comunicar a pessoa está expressando a sua forma de perceber o mundo e que os intercâmbios comunicacionais são simétricos ou complementares” (Zordan et al., 2012, p. 140).

Defende assim três princípios basilares: neutralidade, hipotetização e circularidade. A neutralidade prevê que o profissional não apresente perante a família qualquer juízo sobre algum dos seus membros ou do seu comportamento, mantendo uma atitude imparcial, não tomando parte de ninguém. A hipotetização, é vista pela criação de uma hipótese fundamentada em informação prévia, onde sem confirmação de verdade ou falsidade, o enfermeiro cria uma suposição que vai confirmar ou não e que constitui o ponto de partida para a entrevista à família. Concretizada no questionamento circular, a circularidade remete a família para a retroação através das questões colocadas pelo enfermeiro com o intuito de colher informação capaz de sustentar ou não a hipótese (Relvas, 1996; Figueiredo, 2023). Como ferramenta essencial para o enfermeiro, a EFS deve ocorrer em horário ajustado para todos os intervenientes, sem que existam interrupções e num local preparado para que todos se possam sentar (Laginha, 2007). A entrevista familiar deve ter uma preparação prévia, com revisão do genograma e formulação da hipótese, surgindo da identificação do problema e da definição dos objetivos, nomeadamente qual poderá ser a mudança pretendida (Laginha, 2007; Figueiredo, 2023b). Considerando algumas fases no desenvolvimento da EFS, na fase de acolhimento é essencial a criação de ambiente terapêutico para a promoção de um relacionamento positivo, onde todos se cumprimentam, o enfermeiro observa onde cada um se senta, vendo desde logo possíveis relações entre eles e é valorizado o facto da família se ter organizado para poderem estar presentes. O enfermeiro apresenta o objetivo e de seguida orienta as suas questões para a exploração do problema e para que todos ouçam as respostas uns dos outros e consigam ver o problema de forma diferente (Laginha, 2007; Figueiredo, 2023). Assim, o enfermeiro deve ser facilitador na procura das mudanças que são adequadas à resolução do problema, partindo do pressuposto de que as famílias são competentes para descobrirem essas mudanças (Figueiredo, 2022). Com tudo isto, e caso seja detetada a necessidade, o enfermeiro deve implementar a intervenção adequada ao identificado e posteriormente avaliar os resultados (Figueiredo, 2022). No decorrer da EFS, e com o intuito de explorar a situação, o enfermeiro recorre a diferentes tipos de questões. Sendo que algumas têm o intuito de orientar sobre o contexto explorado e

outras visam provocar a mudança (Tomm, 1988). Muito utilizadas no início da entrevista e para contextualizar o problema, surgem as questões lineares com o intuito de orientar sobre a envolvimento da situação bem como conhecer em que ponto cada membro da família se coloca perante esse sintoma (Zordan et al., 2012; Paula, 2019). Com o objetivo de criar um contexto que favoreça a mudança, quando necessário, estas questões diretas procuram informação concreta e permitem a aproximação profissional-família pelos seus pontos de vista (Zordan et al., 2012; Nichols & David, 2016). Contudo, estes tipos de questões, por si só, não são capazes de propiciar a exploração das dinâmicas familiares, pelo que é necessário recorrer a outros tipos, como as questões circulares, onde surge a possibilidade de compreender mais sobre relações e interações familiares (Wright & Leahey, 2002; Nichols & David, 2016; Sathes et al., 2020). Pelo que, estas visam “os domínios do funcionamento familiar, no sentido de facilitar a mudança em cada um, ou na sua globalidade” (Figueiredo, 2009, p. 181). Assim, com intuito de fazer circular a informação e promover soluções para os problemas identificados, estas conduzem os membros da família a expressar as suas perceções sobre suas relações e as diferenças entre si (Zordan et al., 2012; Duhamel, 2015; Tercero, 2023). De quatro tipos, designam-se por: diferenciais quando o seu objetivo assenta na reflexão da diferença entre pessoas, sentimentos e crenças; comportamentais quando se pretende que os membros se coloquem no papel de observador e qual o impacto em outros membros; hipotéticas quando se pretende que os membros da família entendam alternativas de mudança, perspetivando assim situações futuras e à tríade quando se remete a interação entre os membros (Wright & Leahey, 2012; Duhamel, 2015). Ainda no sentido de orientar outros tipos de resposta utilizam-se outras variedades de questões. Assim, com o intuito de alterar padrões de interação, confrontar os membros da família com o problema e incentivar a mudança colocam-se questões estratégicas (Figueiredo, 2012; Nichols & David, 2016). Já para desencadear reflexão nos membros da família e promover que estes considerem novas opções, alterando a sua perspetiva surgem as questões reflexivas (Figueiredo, 2012; Nichols & David, 2016). Entre estas surgem também as questões de escala, para avaliar a intensidade do problema ou o comportamento com recurso a uma escala numérica, permitindo aos membros da família o estabelecimento de metas sendo agentes da sua mudança (Nichols & David, 2016). Questões de *coping* são ainda utilizadas com o intuito de distanciar a pessoa da situação atual e procurar outros momentos da sua vida em que foi capaz de resolver situações semelhantes (Figueiredo, 2012).

Em toda esta descrição inerente à EFS, importa ressaltar também outras técnicas de intervenção relevantes para a sua concretização. Aborda-se como técnica de intervenção ativa, a escultura

que pela confrontação não verbal, através de colocação no espaço, se pode mostrar eficaz para a família ultrapassar os seus problemas ou até mesmo perspetivar as suas relações familiares (Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Sequeira, 2020). Como técnica de aprendizagem pela ação, esta pode clarificar sentimentos e comportamentos dos membros da família (Sequeira, 2020; Barrento, 2020). Como técnica de intervenção interacional surge a metáfora, descrita como útil para a construção de significados através da linguagem e simbolismo, possibilita aproximação da família para o encontro de novas perspetivas e consequentemente novas alternativas ou mudança (Paschoal & Grandesso, 2014; Zuluaga et al., 2019; Figueiredo & Dias, 2023). Surge assim a sua relevância na prática clínica, pois “as metáforas são utilizadas para ajudar as pessoas a verem as semelhanças entre as suas relações interpessoais e outros eventos, objetos ou situações”, possibilitando um aumento da consciência das relações familiares (Pinheiro-Carozzo et al., 2020, p. 217). Outra técnica utilizada são os rituais terapêuticos, que se traduzem em uma ação ou conjunto de ações nos quais todos os membros da família participam com o intuito de criação de novas regras e assim aumentar a capacidade e satisfação da família em momentos de mudança (Figueiredo, 2009; Grácio, 2016; Figueiredo & Dias, 2023). Ao desenvolver estas novas práticas regulamentadas e com carga simbólica, os membros da família poderão reforçar uma herança familiar com partilha de crenças e valores que se traduz na sua identidade familiar (Almeida, 2020; Tercero, 2023). Por outro lado, com o objetivo de alterar o significado inicial de um evento para os membros da família e tornar favorável a mudança, surge o reenquadramento (Friedberg & McClure, 2019). Isto é, ao aplicar esta técnica, o enfermeiro promove a redefinição do facto gerador de *stress*, promovendo maior flexibilidade ao sistema familiar de forma que se apresente diferente e assim seja aceite (Ribeiro & Figueiredo, 2023). Igualmente com o intuito de redefinir um problema nas relações familiares surge a conotação positiva. Nesta surge a orientação do que se considera negativo para algo benéfico ao funcionamento familiar (Figueiredo & Dias, 2023).

Já no âmbito da avaliação individual ressalva-se a escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada. Desenvolvida em 1976 pela autora, sofreu posteriormente adaptações até a sua tradução para português, sendo referencia no Plano Nacional de saúde Infantil (Gonçalves, 2015; Ministério da Saúde, 2013). Trata-se de uma escala para aplicação dos zero aos cinco anos que visa avaliar: comportamento e adaptação social; visão e motricidade fina; postura e motricidade global; audição e linguagem (Gonçalves, 2015; Ministério da Saúde, 2013). Com o seu preenchimento é passível aferir o desenvolvimento normal ou não correspondente à idade da criança avaliada (Bedford et al., 2013).

3.1.2 Explicação de cuidados à família

A apresentação das famílias que foram alvo da prestação de cuidados será iniciada com a referência ao número de consultas realizadas, bem como à identificação dos membros da família que estavam presentes. Para cada família será apresentada a colheita de dados e a avaliação e intervenção familiar realizada segundo as dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional da matriz operativa do MDAIF, considerando as áreas de atenção, dimensões operativas e critérios diagnósticos necessários às necessidades de cada uma, bem como a sua avaliação. Em cada consulta, foram também prestados cuidados aos membros da família individualmente e de acordo com as suas necessidades, assim serão apresentados os dados e respetiva avaliação e intervenção.

Família A

Inicia-se a apresentação da família A, constituída pelos membros SF, AM, LM, LuM e L, com referência ao número de consultas realizadas bem como os membros presentes em cada uma delas, representado no quadro 1.

QUADRO 1: Consultas da família A

Número de consultas realizadas	Data de realização das consultas	Membros da Família Presentes
3	1ª Consulta: 04/10/2023	SF – Grávida de 36 semanas
	2ª Consulta: 16/11/2023	SF na presença de LuM e L (1 mês)
	3ª Consulta: 18/12/2023	SF e AM na presença de LuM e L (2 meses)

Fonte: Elaboração Própria

Na primeira consulta realizada com a Família A, a SF encontrava-se grávida, já as duas consultas seguintes ocorreram já o L tinha nascido. A composição familiar está representada na figura 4, através do genograma da família, atualizado na terceira consulta.

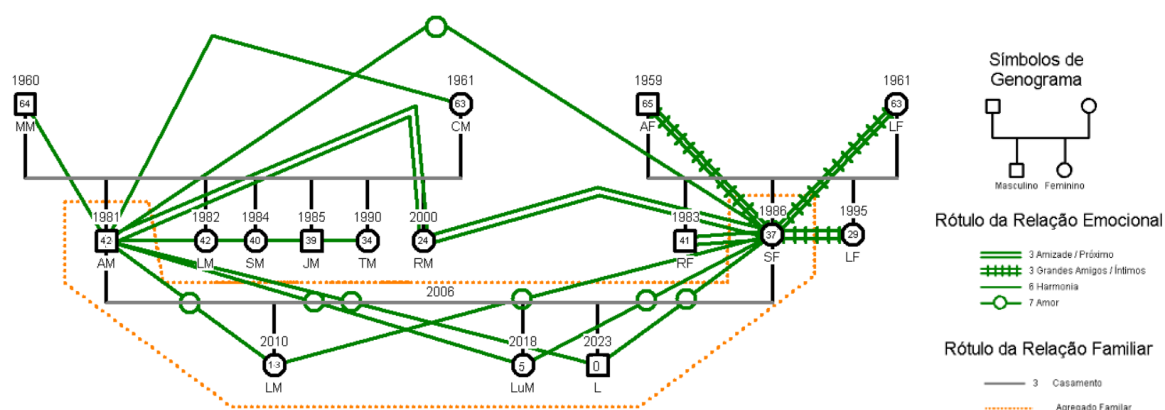


FIGURA 4: Genograma da família A e respetiva legenda

Tal como visualizado no genograma, a família A é do tipo nuclear. Constituída por AM de 42 anos e a SF de 37 anos, casados desde 2006, a LM de 13 anos, a LuM de cinco anos e o L recém-nascido. Ao longo do discurso de SF e AM é perceptível a ligação de proximidade que nutrem um pelo outro, como quando referem “Aproveitamos o máximo o tempo juntos” e o amor pelos filhos afirmando “São eles a nossa prioridade”.

Relativamente à família extensa, SF demonstra a relação de amizade com o irmão RF como quando refere “Gostava que ele vivesse mais perto para estar com ele todos os dias também” e da cunhada RM, “É a caçula do lado do AM. Ainda a vejo como a menininha que conheci”, com função de apoio emocional. Quanto aos pais e irmã a SF é notória a grande proximidade e refere “estamos todos os dias juntos. ... Ficam com as meninas, ajudam-nos e nós a eles”, tendo como função na relação companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviços. Já AM refere que telefona frequentemente a MM e CM, “Mesmo não estando com eles pessoalmente todos os dias, só o falar é bom” e tal como SF refere que a irmã mais próxima é a RM, embora “Tenho muito boa relação com todos os outros”.

No que concerne aos sistemas mais amplos, SF apresenta um vínculo forte com: o trabalho, a USF – nomeadamente a Enfermeira C e as colegas das aulas do grupo, perceptível quando refere que não está disposta a solicitar incapacidade temporária para o trabalho só pelo facto de estar grávida pois diz “Adoro o que faço” tendo até definido o dia até ao qual quer trabalhar; “A Enfermeira C é espetacular. Qualquer dúvida qualquer coisa que preciso ela está sempre pronta” e “Eu era gordinha. Quando me foquei em emagrecer foi o que me ajudou. E agora se não consigo ir fico muito triste. É um grupo ótimo”. Também com o mesmo vínculo surge o infantário de LuM e como vínculo intermédio a escola da LM, “O Infantário é muito bom. Em tudo. Muito

próximo dos pais”, “Sim, andaram as duas no mesmo” e “A escola já é diferente, ela já é maior, não é tão próxima”. Já AM refere ter um vínculo forte com o trabalho “Já tive até oportunidade de mudar, mas estou muito bem neste” e os amigos encontrando-se com regularidade no café “É um bom momento para todos, falamos, rimos, desabafamos, tudo”.

Resultante da avaliação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), é atribuída à família A classe social média, onde a SF concluiu o 12º ano e AM o 9º ano, ambos se posicionam no grau quatro relativamente à profissão (SF: Empregada Têxtil e AM: Polidor), cuja origem do rendimento familiar provém de vencimentos certos. A casa onde vivem tem eletrodomésticos e divisões essenciais tal como SF referiu e fica localizada numa zona intermédia da freguesia.

Dando continuidade à avaliação da dimensão estrutural, nesta família foi passível avaliar Prevenção de Segurança, Abastecimento de água e Animal Doméstico. No foco Prevenção de Segurança, na habitação desta família existem escadas como barreiras arquitetónicas, e a SF refere “Tenho apenas dois degraus na entrada da cozinha, mas pelo outro lado já não tenho. Posso escolher, e ainda somos todos novos (riso)”, não sendo à exploração identificada qualquer outra barreira existente, pelo que o conhecimento sobre estratégias de adaptação às mesmas se encontra demonstrado. Considerando que nesta família existem duas crianças com idades distintas foram exploradas questões de segurança para ambas como prevenção de acidentes domésticos e rodoviários, tendo demonstrado conhecimento. Igualmente demonstrado está o conhecimento para a utilização da lareira a pellets e da botija de gás o que possibilita a formulação do diagnóstico: Prevenção de Segurança Demonstrada.

Na casa da família A o Abastecimento de Água existe através de rede mista. A ligação da água da rede pública foi efetuada, no entanto, como forma de não terem uma despesa acrescida, utilizam o mínimo possível, optando os membros da família por utilizar a água da rede privada para consumo sem que exista o seu adequado controlo, levando por isso à formulação do diagnóstico Abastecimento de Água não adequado. Foram colocadas questões comportamentais, lineares, hipotéticas e reflexivas, como: “E porque não fazem o controlo da mesma?”, a qual se obteve a resposta “Sabe bem, é clarinha. Penso que seja boa”, pelo que se questionou “Entendo que assuma que a água está boa, no entanto existe algo que a leve a pensar que devido a essas características a água que consome é boa?”, “O que sabe sobre o consumo de água que não esteja própria para consumo?”, “Quem beneficia se a água for analisada?”. Sendo um importante problema de saúde pública, é essencial um adequado fornecimento de água potável, uma vez que com o consumo de água contaminada podem surgir

doenças pela ingestão de microrganismos como bactérias, vírus e parasitas, produtos químicos, entre outros (Frazão, 2015; Mendes, 2022). Com isto, é importante a análise e tratamento da água utilizada para consumo com o intuito de remover e inativar os organismos patogénicos assegurando assim a proteção da saúde, atestando que esta é salubre e limpa (Coelho et al., 2017; Decreto-Lei n.º 69/2023). Assim, para promover a saúde dos membros desta família foi importante ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água, alertar para o não consumo dessa água até que seja devidamente analisada, fornecer alternativa para utilizar água até estar analisada (rede pública ou água engarrafada) e orientar para serviços de controlo da qualidade da água. Na consulta seguinte a SF referiu ter seguido as sugestões apresentadas, pelo que entrou em contacto com a entidade que lhe foi referida que a encaminhou para outra entidade para que o seu problema ficasse resolvido. Uns dias depois foi efetuada a colheita e a SF refere que recebeu o resultado no seu e-mail cerca de quinze dias depois e mostrou-se “... Aliviada. Chegou para o susto de pensar que poderia não estar boa para consumo. Ainda bem que veio um bom resultado e a água está boa”. Na comunicação da empresa referia ainda a necessidade de voltar a efetuar novo controlo no período mínimo de seis meses e máximo de nove meses, sendo que ressaltam a importância que este seja feito pela referência mais curta em tempos de chuvas intensas. Foi incutido ainda que na impossibilidade de análise no tempo adequado ou caso exista alguma dúvida com a qualidade da mesma, devem utilizar a água da rede pública. Sendo assim reformulado o diagnóstico para Abastecimento de Água Adequado. O serviço de tratamento de resíduos da casa desta família é da rede pública. A família A não tem animais domésticos.

Na Dimensão Estrutural, as áreas de atenção Rendimento Familiar, Edifício Residencial e Prevenção de Segurança constituem-se um recurso para a família A.

Com a definição da etapa do ciclo vital familiar: Família com filhos adolescentes, deu-se início à avaliação da Dimensão de Desenvolvimento. Nesta foi avaliada Adaptação à gravidez, Satisfação Conjugal e Papel Parental.

Naquilo que concerne à Adaptação à Gravidez, na primeira consulta a SF estava com 36 semanas de gestação. Procedeu-se assim à avaliação das dimensões operativas relativas ao Conhecimento, Comunicação e Comportamentos de Adesão. Na avaliação do conhecimento sobre direitos sociais na gravidez e da maternidade ou paternidade, com recurso a questões lineares, a SF demonstrou deter conhecimento sobre o direito à assistência médica, licença de maternidade e respetivo subsídio. Para o conhecimento das etapas de adaptação à gravidez e

sobre a nova etapa do ciclo vital a SF respondeu a questões lineares e estratégicas: “Como é que todos vocês reagiram à notícia da gravidez?”, “Como tem sido a sua experiência de gravidez, desde o início?”, “Quais são as suas expectativas sobre esta nova fase como mãe?”, “Como se sente agora comparativamente a fases anteriores (...) E comparando com as outras duas vezes que esteve grávida?”. Nesta avaliação prosseguiu-se, “Considera que está familiarizada com as alterações importantes em termos do desenvolvimento fetal e mudanças no seu corpo?”, “Que desafios identificam nesta etapa da vossa vida?” e “Considera que vão existir mudanças na vossa dinâmica familiar com a chegada do bebê?”. SF apresentou conhecimento sobre as etapas de adaptação à gravidez e nova etapa do ciclo vital, mesmo após referir que o facto de esta não ter sido planeada não foi facilitador para ela começar a reconhecer as alterações que daí viriam, pelo que se considerou importante valorizar, “Esse amor pelo seu bebê é fundamental, e tenho certeza desempenhará o seu papel de mãe tão bem quanto como com as suas filhas. Essa sua disposição em dar amor e carinho ao seu filho é muito importante e a vossa relação será muito especial”. No que diz respeito ao conhecimento sobre as alterações fisiológicas da gravidez, importa atentar que estas acontecem nos diferentes sistemas, desde cardiovascular, respiratório, urinário, genital, hematológico, gástrico, intestinal, tegumentar, musculoesquelético, nervoso e endócrino. Acontecem com a finalidade de adaptar o organismo às necessidades inerentes à gravidez, pelo que é importante que os profissionais trabalhem na capacitação com consequente diminuição da ansiedade pelo conhecimento, uma vez que se repercute no sistema familiar (Oliveira et al., 2020). Foi neste contexto que SF reconheceu algumas alterações, como quando refere “Sim Enfermeira. Começo já pela barriga cresce muito – sabe que na gravidez da LuM caí umas poucas de vezes? O médico disse que o meu local de apoio mudou e foi por isso. Desta vez não” e “As minhas maminhas também crescem, depois deixo de amamentar e elas ficam em menos de metade”, no entanto não se encontrava completamente inteirada, quando se obteve como resposta “Assim de repente não” à pergunta linear “Consegue identificar mais alguma característica em si que reconheça como sendo específica deste período de gravidez?”. Foi assim considerado necessário promover o aumento do conhecimento sobre alterações inerentes, usando como recurso a Metáfora: “Do que me disse, percebo que consegue reconhecer em si bastantes alterações durante este período da sua vida, pelo que entender estas complexas alterações fisiológicas me faz lembrar uma fábrica, onde cada sistema se adapta para criar um ambiente ideal para o crescimento do bebê. Assim, é como se a fábrica estivesse a funcionar na sua rotina habitual com a produção de vários produtos, até que a gravidez começa e esta tem de passar por um período de remodelação para

produzir um produto novo, o bebê. São como as máquinas da fábrica a ser reajustadas para essa nova linha de produção. Assim, o sistema de circulação, como o sangue e os nutrientes, é afinado para fornecer ao bebê o que ele precisa para crescer. Já a parte hormonal funciona como se fosse os encarregados da fábrica, a coordenar todas as funções e a garantir que tudo funcione sem problemas. À medida que a gravidez avança, as máquinas da fábrica (órgãos e sistemas do corpo) precisam de se ajustar para trabalharem juntas de forma diferente para proporcionar o crescimento do bebê. Assim como a fábrica está em constante evolução para se adaptar à produção do novo produto, o corpo da mulher grávida passa por várias etapas de adaptação ao longo da gravidez. Cada fase representa uma parte importante da transformação, garantindo que o bebê seja bem cuidado e tenha o melhor ambiente para crescer.” Face a isto foram colocadas questões do tipo reflexivo que permitiram perceber que a SF já conseguia reconhecer outras alterações como se pode referir “O facto de me sentir mais cansada e ir mais vezes à casa de banho tem também a ver com isto”. Face ao processo psicológico associado ao puerpério, SF detinha conhecimento, reconhecendo que “Das outras vezes para além de estar sempre a chorar o meu marido não me podia dizer nada que eu explodia” tendo de seguida sendo exploradas alternativas para que o mesmo não fosse tão impactante, colocando a questão reflexiva “O que precisaria de acontecer para isso não ser problema depois deste nascimento?” à qual SF afirma “Já pensei nisso. E já está decidido. Das outras não dormia de dia com as bebés. Deste quero aproveitar esse tempo. Elas na escola, não me vou preocupar tanto com a casa.” Inerente a estas mudanças com a colocação de questões sobre o desenvolvimento fetal a SF demonstrou conhecimento e referiu que utilizou ao longo de toda a gravidez uma aplicação móvel para acompanhar o desenvolvimento do seu filho. No que se refere ao conhecimento sobre a vigilância de saúde na gravidez e curso de preparação para o parto a SF mostrou conhecimento sobre a necessidade da vigilância neste período da sua vida, bem como os sinais e sintomas que devia estar alerta e ainda a importância de frequentar o curso para dissipar possíveis dúvidas. Na exploração do conhecimento sobre enxoval para a mãe e o bebê, vigilância de saúde do recém-nascido e alimentação a SF foi questionada de forma linear e mostrou deter conhecimento. O mesmo não aconteceu sobre prevenção de acidentes no recém-nascido, uma vez que ES não demonstrou conhecimento sobre o correto posicionamento do bebé na cama e a sua preparação, referindo: “A almofada é uma muito baixinha e pequenina” e “De lado, virado para mim, para eu o ver”. Foi por isso necessário aumentar o conhecimento e prática sobre prevenção de acidentes do recém-nascido, práticas seguras para colocação do bebê no berço, usando como recurso imagens e vídeos exemplificativos disponíveis *online*. Foi considerada esta

abordagem uma vez que a utilização destes recursos se mostra eficaz para o aumento e aquisição de conhecimentos pelos cuidadores de recém-nascidos (Sousa et al., 2021). Não foi possível ainda enquanto grávida avaliar o resultado destas intervenções uma vez que na segunda consulta o L já tinha nascido. No entanto, já após o nascimento, estes cuidados foram confirmados na visita domiciliária realizada.

Remetendo agora na dimensão da comunicação e após perceber que existem receios inerentes a esta fase que o casal atravessa, mesmo esta sendo a terceira gravidez, foi explorado com a SF, a partilha sobre esses receios e também expectativas com o AM. “SF, costuma partilhar com o seu marido os receios ou expectativas que sente nesta sua gravidez?” “... Costumam partilhar o que sentem sobre esta fase?”. Foram ainda utilizadas questões de escala para perceber a satisfação de SF relativamente a esta partilha. Mostrou-se totalmente satisfeita com a forma como ela e AM partilham as suas expectativas e receios face à gravidez e à parentalidade e com o apoio mútuo que sentem nesta fase.

No que se refere à dimensão sobre os Comportamentos de Adesão, SF tinha comparecido a todas as consultas preconizadas, de acordo com o tempo de gestação e, como referido anteriormente, já se encontra a frequentar as aulas de preparação para o parto e parentalidade, acompanhada pelo marido e prepararam o enxoval.

No decorrer da segunda consulta, no que concerne à Satisfação Conjugal, foram consideradas as dimensões: Relação Dinâmica, Comunicação e Interação Sexual. Avaliação de importância relevante uma vez que a preocupação com a Satisfação Conjugal é desvalorizada pelo foco que enquanto família mantêm no novo elemento (Estrela, 2023).

No âmbito da Relação Dinâmica, mais concretamente na partilha / divisão de tarefas domésticas e tendo em consideração o facto de serem cinco membros na família, SF refere que está a ser mais complicado do que imaginou antes de o L nascer, pois considera escasso o tempo para as concretizar, no entanto mostra-se satisfeita com a forma como ela e AM dividem as tarefas. Também inerente a esta fase mais desafiante, SF refere que se mantém satisfeita com o tempo que passa com AM e da forma como expressam os seus sentimentos. Com recurso a questões lineares, reflexivas e questões de escala, na abordagem à dimensão da Comunicação, SF mostrou-se satisfeita com o padrão de comunicação, conversa com AM sobre as suas expectativas e receios e conseguem chegar a acordo quando à discordância de opinião. Também na dimensão da Interação Sexual SF demonstrou deter conhecimento adequado ao momento que vive atualmente e encontra-se satisfeita com o padrão de sexualidade. Ressalva-se que a

existência de uma relação conjugal estável é de facto um aspeto facilitador no reinício da atividade sexual no puerpério, não sendo contudo fator determinante para uma interação sexual satisfatória (Pereira et al., 2018). Toda a panóplia de alterações inerentes a este período de transição pode afetar a satisfação conjugal e consequentemente a interação sexual, facto que deve ser tido em consideração nas consultas (Santos et al., 2024).

O que se traduz, pela perspetiva de SF numa Relação Dinâmica Não Disfuncional, Comunicação Eficaz e Interação Sexual Adequada, sendo por isso força e recurso para esta família.

Ainda na mesma consulta, avaliou-se o Papel Parental relativamente a L, que se encontrava com um mês de idade. Tendo sido avaliado o conhecimento de papel e os comportamentos de adesão. Todas as categorias foram avaliadas e exploradas, com recurso a questões lineares, reflexivas, de escala e comportamentais, sendo que se optou por explicar o que se considerou mais relevante. Na avaliação do conhecimento e aprendizagem de habilidades sobre aleitamento materno a SF referiu estar a amamentar exclusivamente o L, tendo sido mais desafiante os primeiros 15 dias devido ao surgimento de pequenas fissuras que se resolveram com a aplicação de um creme hidratante para mamilos sugerido pela enfermeira de família, já na gravidez anterior, tendo também existido a oportunidade de observar o momento de amamentação com validação do correto posicionamento do L e de toda a técnica envolvente para uma pega adequada. Nesta avaliação e tendo em conta o identificado e apresentado aquando da gravidez, foi fulcral atentar no conhecimento sobre o posicionamento do recém-nascido. SF descreveu que deita o pequeno L em decúbito dorsal, explicou como tem a roupa colocada na cama, a ausência de objetos na cama e ainda a importância de dormir na sua cama, tal como lhe foi apresentado na avaliação da adaptação à gravidez que tal como descrito anteriormente, foi comprovado igualmente pela enfermeira de família aquando da realização do domicílio preconizado. Identificadas como medidas simples na prevenção da morte súbita, é importante que o enfermeiro capacite os pais para o correto posicionamento e cuidados inerentes ao local onde permanece a criança, como a ausência de objetos macios, nomeadamente brinquedos e almofadas e até a proibição de partilhar o espaço com outros, tal como foi descrito (Oliveira et al., 2020; Sousa et al., 2021). Foi ainda considerado necessário aumentar conhecimento e normalização de recorrer a técnicas associadas a cuidados inerentes ao quadro de obstipação e cólicas apresentado por L, sendo que a massagem se apresenta como um dos principais mecanismos no seu alívio (Guilherme et al., 2020). Tendo sido necessário ensinar, instruir e treinar sobre a mesma e efetuar encaminhamento para o curso de massagem infantil, que tal como preconizado pela *International Association of Infant Massage* deve ocorrer

entre o nascimento e os 12 meses. Igualmente aconteceu quanto aos comportamentos de adesão, sendo que até ao momento proporcionaram as consultas recomendadas bem como a adesão à vacinação; promovem a correta ingestão nutricional e higiene do recém-nascido; estimulam o seu padrão de exercício com recurso a massagem, alternância de lateralidade aquando da amamentação, colocação na posição ventral quando acordado sob supervisão para fortalecimento muscular e atividades de laser, socialização e desenvolvimento cognitivo e emocional, com recurso a musica suave e embalo (Sassé, 2017); por observação direta, os pais também interagem positivamente com a criança. Face aos achados nesta avaliação é formulado o diagnóstico de Papel Parental Adequado face a este filho, será explorado de forma mais detalhada a avaliação e intervenção face à filha LuM.

No decorrer da segunda consulta foi possível perceber, por observação direta, o comportamento da LuM para com o L, estando constantemente a tocar-lhe de uma forma repetida e mais brusca, tentando desviar a atenção para si. Assim, tendo em consideração o observado e explorado no decorrer da segunda consulta, na seguinte foi imprescindível avaliar o conhecimento de papel face ao Papel Parental de LuM. Almejando avaliar o conhecimento de SF e AM sobre a socialização da filha, forma colocadas questões como: “Com que facilidade a LuM faz amizade com outras crianças?”, “Numa situação difícil com algum amigo, qual a reação da vossa filha?”, “Em conversa com a educadora da LuM, sabem se ela participa e se envolve nas atividades do grupo?”, “E em casa, como é a interação dela convosco?”, “E com a restante família, como tios, avós ou primos, qual a atitude dela?”, “O que pensam sobre o seu comportamento?”. Aqui, SF e AM, estão de acordo e até ao momento LuM terá mostrado ser uma criança afável e de boa interação com os pares e restantes familiares, referem “Tem uma excelente relação com a LM”, “Da escola só dizem maravilhas dela”. Foram igualmente colocadas questões relativas ao conhecimento que detém sobre desenvolvimento infantil, cognitivo e social. “A LuM tem neste momento cinco anos, é perceptível por vós alguma mudança significativa nela face ao ano passado?”, “Desde que o L nasceu, como tem sido com a LuM?”, “Alguma vez ela vos falou ou perguntou algo sobre o irmão?”. Obtiveram-se respostas como: “Sinceramente, só desde que ele nasceu”, “Ela já é grandinha, tem idade para perceber que o irmão é bebé”, “Ela não entende por mais que diga. Tenho medo que o magoe”. Foram então colocadas questões reflexivas e lineares: “SF, como considera que seria o comportamento da LuM neste momento, caso o L ainda não tivesse nascido?”, “AM, como lida com os momentos em que a LuM faz birra ou tem mais dificuldade em controlar os seus impulsos?”, “A LuM participa em algumas tarefas da vossa rotina?”, “O que acontece quando a LuM tem de partilhar

algum brinquedo?”. Em todas estas respostas foi possível perceber que os pais não apresentam conhecimento sobre as características da etapa de desenvolvimento infantil em que se encontra a filha.

Numa tentativa de complementar esta avaliação foi utilizado o desenho infantil enquanto instrumento de avaliação familiar, uma vez que “rabiscar, desenhar e escrever são formas construídas pelo ser humano, ao longo dos anos, para manifestar-se expressivamente e comunicar-se, objetiva e subjetivamente” (Cesário et al., 2019, p.2). É importante dar atenção aos desenhos das crianças pois transmitem sentimentos e emoções, ajudando a entender a sua forma de pensar, sentir e até compreender os outros, significando a sua realidade (Pereira, 2016; Cesário et al., 2019; Mendes et al., 2022).

Foi disponibilizado a LuM duas folhas brancas, lápis, borracha, lápis de cor e régua. Foi-lhe solicitado que fizesse dois desenhos, no primeiro ia desenhar uma família à sua escolha e no segundo a sua própria família, escolha sustentada no teste de desenho da família criado por Porot em 1952 e posteriormente adaptado por Corman (Corman, 2003). Pelo que na figura 5 se apresentam os desenhos de LuM.



FIGURA 5: Desenhos da LuM

A criança optou por fazer uma família de peixes, sendo que representa uma família com quatro membros e também muito perceptível o uso da cor e mais pormenores como as algas e o sol. Já na figura 6, o desenho apresenta a sua própria família, num desenho sem recurso ao uso da cor. Neste iniciou o desenho pela mãe, sendo o elemento em que apresentou mais detalhes (pequenos círculos no pescoço que refere “é o colar da mãe”), seguida do pai que apagou o

tronco e cara para desenhar maior, uma vez que este “É maior que a mãe”. Fez de seguida o desenho da irmã e dela própria. Por fim e já no canto inferior direito desenhou o irmão L, pequeno e bastante afastado porque “Está na cama e é pequenino porque nasceu outro dia”. Quando questionada sobre o porquê de ter desenhado só a cara e os olhos do irmão, refere “A cara é pequena não cabe o resto” e “Está tapado”. É fundamental que seja feita uma comparação entre o desenho da família imaginária e da família real com o intuito de perceber dados importantes do seu contexto familiar, uma vez que a criança tende a projetar-se mais na família da sua imaginação (Aires, 2003; Trinca, 2020). No entanto, não se pretende uma interpretação literal do desenho, mas sim uma orientação para exploração (Mendes et al., 2022). Neste sentido, e comparando os dois desenhos é possível perceber que na família imaginária a LuM omitiu o quinto membro da família, o que no desenho real se parece traduzir num afastamento do mesmo dos restantes elementos.

Com o intuito de promover a compreensão dos pais sobre a perceção atual da filha LuM, foram também utilizados como recurso os desenhos resultantes da aplicação da técnica anterior. Foi a partir daqui que se deu continuidade à consulta, usando o questionamento circular. “SF o que sente ao ver estes desenhos da sua filha?” “AM existe algo que lhe suscite mais atenção?”, “Então, AM, o que representa para si o facto de a LuM não ter desenhado o L no desenho dos peixes?”, “E para si SF?”. SF e AM referem estar apenas surpreendidos com o facto de o L não ter sido contemplado no desenho imaginário uma vez que já nasceu e ainda “O facto de ele estar afastado no real não me admira pelas atitudes que ela tem tido com ele”, refere SF. Assim e neste contexto, também com recurso a avaliação da dimensão funcional do processo familiar de comunicação e *coping* familiar, foram questionados: “Já conversaram com a LuM sobre a presença do irmão?”, “SF alguma vez, ela manifestou algum sentimento claramente relativamente a este assunto?”, “Como reagiu quando ela partilhou?”, “Que impacto isso teve em si e na sua interação com ela?”, “AM, e numa situação destas, quem de vós tenta resolver?”, “Enquanto pais, já conversaram sobre isso?”. Com as alterações inerentes à chegada de um novo membro à família, como partilha de espaço e pertences e essencialmente a diminuição de atenção dos pais para com os filhos mais velhos (Silva & Lucas, 2020), considerou-se fulcral capacitar a família sobre a fase de desenvolvimento infantil em que LuM se encontra bem como dotá-los de estratégias para melhor se adaptarem a esta nova transição. Neste sentido, sabendo a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra é fulcral para promover a sua melhor adaptação aos desafios que enfrenta (Alcon, 2020), foi promovido o conhecimento dos pais sobre características específicas da fase em que a LuM se encontra. Assim, explicou-se que a

LuM se encontra na idade em que procura agradar aos pais pela identificação com os mesmos, já escolhe os amigos e interage com eles respeitando as regras, compreende rotinas e necessidade de arrumação, já é capaz de ajudar em algumas tarefas de maior responsabilidade, será cada vez mais cumpridora no entanto nesta fase ainda tem dificuldade em controlar os seus impulsos, está a aprender a partilhar e embora considere um irmão mais novo aborrecido tende a evoluir para o proteger (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Silva et al., 2022). Promoveu-se assim a capacitação dos membros do casal para que a abordagem a esta filha fosse no sentido de ela se sentir ouvida e compreendida por eles, que a incluíssem nas diferentes atividades tanto domésticas como com o pequeno L e ainda que dispensassem tempo para ela, realizando atividades capazes de a ajudar neste momento mais desafiante, como lerem em conjunto livros como a título de exemplo se podem referir o “Adoro ser a irmã mais velha” de Amy Rosenthal, “Mãe fui devolver o mano” de Celina Lopes ou ainda “Ter um irmão é ...” de Lara Xavier. Nesta temática importa abordar ainda que o comportamento tende a alterar-se logo durante a gravidez ou mesmo após o nascimento, podendo surgir o ciúme e vir a ter implicações no desenvolvimento cognitivo e personalidade das crianças mais velhas (Silva & Lucas, 2020; Sousa e Silva, 2023). Visto como uma rivalidade com o irmão face aos pais, manifesta-se grande parte das vezes pela agressividade como forma de expressar os medos e inseguranças (Volling et al., 2010; Fainguelernt & Tosta, 2018), tal como comprovado por observação do comportamento de LuM, no decorrer da consulta. Sustentando ainda mais esta intervenção dirigida aos membros do casal de forma que possam criar estratégias e se apoiem e ultrapassem este desafio.

Ainda nesta consulta foi efetuada avaliação da coesão e adaptabilidade da família com recurso à escala de Faces II, aos dois membros do casal. Considerando a avaliação e intervenção descrita nesta família optou-se pela aplicação desta escala (versão Portuguesa de Otília Fernandes, 1995), uma vez que se encontram numa fase que requer mudança, nomeadamente nos seus papéis. Sendo que após a sua avaliação se obteve o *score* oito para coesão familiar, *score* sete para adaptabilidade familiar, sendo considerada uma família do tipo equilibrada. O que se mostrou como sendo uma força para esta família, uma vez que famílias com esta atribuição tendem a funcionar de forma mais adequada e tendem a manter mais facilmente o equilíbrio, pois os níveis mais extremos indicam um funcionamento problemático do sistema (Silva et al., 2021a).

Nesta que foi a avaliação e intervenção familiar referente às dimensões de desenvolvimento e funcional, destaca-se a: Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não

Demonstrado, tendo sido necessário aumentar o conhecimento face à prevenção de acidentes e práticas seguras no recém-nascido utilizando como recurso imagens e vídeos; face ao Papel Parental foi ainda passível de formular o juízo não demonstrado face à filha LuM onde se promoveu o conhecimento dos pais face a características da sua fase de desenvolvimento, usando como recurso o desenho infantil e ainda se recorreu à sugestão de livros para partilha em família. A Satisfação Conjugal Mantida, o Papel Parental Adequado (face ao filho L) e o Processo Familiar Não Disfuncional relativamente a Comunicação e Coping Familiar mostraram-se como força de recurso para esta família.

Naquilo que foi a avaliação e intervenção familiar nesta família será necessário em consultas posteriores perceber o impacto das intervenções implementadas no aumento do conhecimento dos pais e o seu impacto nesta interação no sistema fraterno entre LuM e L, compreendendo com isto impactou o sistema familiar.

A par com toda a descrição anterior de avaliação e intervenção familiar, ao longo das consultas foram prestados cuidados aos seus membros individualmente, nomeadamente SF, L e LuM.

No decorrer das consultas e na colheita de dados a SF, identificou-se os seus antecedentes pessoais de perturbação depressiva, alteração dos lípidos e obesidade (IMC superior ao peso normal) desde há vários anos. SF não é imune à toxoplasmose, desconhece alergias, não usa tabaco ou consome bebidas alcoólicas. Importa na gravidez e pós-parto avaliar sempre o uso de tabaco e consumo de álcool uma vez que potenciam problemas para a mulher grávida, como maior probabilidade de desenvolver anemia e diabetes gestacional e para a criança aumentando a possibilidade de ter baixo peso à nascença (Pavesi et al., 2023), mostrando-se assim como fulcral o facto de SF não ser consumidora.

Na primeira consulta, ainda grávida, a SF referiu que antes de engravidar começou a frequentar aulas de grupo para praticar exercício físico e tentar emagrecer. Foi então explorada esta informação com recurso a questões lineares e reflexivas: “Quais as vantagens de ter iniciado o processo de emagrecimento?”, seguindo “Do que me está a dizer, parece-me que foi a preocupação com o seu corpo que a levou a iniciar um processo de emagrecimento. Estou certa?” e “Como se sentia com o seu corpo nessa altura?”, referiu “Mal. Já era difícil mexer-me. Nem olhar ao espelho, gostava”. Foi então explorado “O que considera, que mais contribuiu para ter chegado até essa imagem corporal que não gostava?” e “O que fez para além do exercício, para que chegasse a uma imagem corporal que gostasse mais de ver?”. Foi possível perceber nesta primeira consulta com SF que tinha alterado os seus hábitos de exercício,

alimentação e repouso para conseguir alcançar o objetivo a que se propôs, no entanto devido ao facto de estar grávida referiu “Agora não consigo fazer as aulas de grupo, tenho caminhado. E agora não me preocupo com estes quilos a mais”. Já na consulta no pós-parto, foi novamente avaliado com a SF como se sentia em relação à evolução do seu corpo após o nascimento, momento em que foi decidido intervir uma vez que SF referiu “Não emagreci tudo. Parece impossível”. Foi por isso decidido aumentar o conhecimento da SF sobre o facto da perda de peso no pós-parto acontecer de forma mais rápida no primeiro trimestre, no qual ainda se encontra, e se manter de forma mais lenta e gradual até um ano após (Flores et al., 2020), para isso também contribuindo uma alimentação saudável, exercício físico, bem como a amamentação (Souza & Ferreira, 2022).

Explanada a intervenção de SF, é apresentada de seguida aquela que foi a prestação de cuidados ao L. Nas consultas realizadas com o L, foi efetuada a avaliação antropométrica preconizada para o correto acompanhamento de estado nutricional e crescimento da criança (Silva et al., 2022), com evolução dentro dos padrões preconizados para a idade.

No âmbito da avaliação relativa ao Papel Parental, nomeadamente o conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido (obstipação), neste membro da família foi formulado o diagnóstico de defecação comprometida, tendo sido necessário abordar técnicas não farmacológicas como estimulação, massagem e posicionamento. Neste sentido foi ainda efetuada a já referida referenciação para a massagem infantil numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da referida ULS. Na segunda consulta com o L presente, foi ainda atualizado o plano nacional de vacinação com administração das vacinas preconizadas.

Ainda na prestação de cuidados aos membros da família, foi considerado relevante a avaliação individual da LuM. Foi efetuada a avaliação antropométrica e avaliação de tensão arterial, tal como preconizado, sendo registados valores adequados à idade e desenvolvimento esperado. Foram abordados aspetos sobre o seu padrão alimentar, atividade física, exposição a ecrãs, frequência de infantário, segurança e acidentes. Na aplicação da escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada, com o intuito de validar o desenvolvimento bem como servir para a deteção precoce de problemas (Neves, 2021), em todos os itens de preenchimento a avaliação foi de encontro ao esperado e adequado para a faixa etária.

Família B

A família B é constituída pelos membros ES, BS, LS e MS. De seguida, o quadro 2, oferece detalhes sobre o número de consultas realizadas bem como os membros presentes em cada uma delas.

QUADRO 2: Consultas da família B

Número de consultas realizadas	Data de realização das consultas	Membros da Família Presentes
3	1ª Consulta: 25/09/2023	ES – Grávida de 36 semanas na presença de LS
	2ª Consulta: 30/10/2023	ES na presença de LS e MS (1 mês)
	3ª Consulta: 27/11/2023	ES e BS na presença de LS e MS (2 meses)

Fonte: Elaboração Própria

Tal como apresentado, na primeira consulta realizada com a Família B, a ES encontrava-se grávida, no entanto devido à MS ter nascido antes da data provável de parto não foi possível a realização de mais nenhuma consulta durante o período de gestação. A composição familiar está representada na figura 6, através do genograma da família, atualizado na terceira consulta.

Com recurso a questões do tipo linear e relativamente à composição familiar, foram obtidos os dados representados no genograma na figura 6.

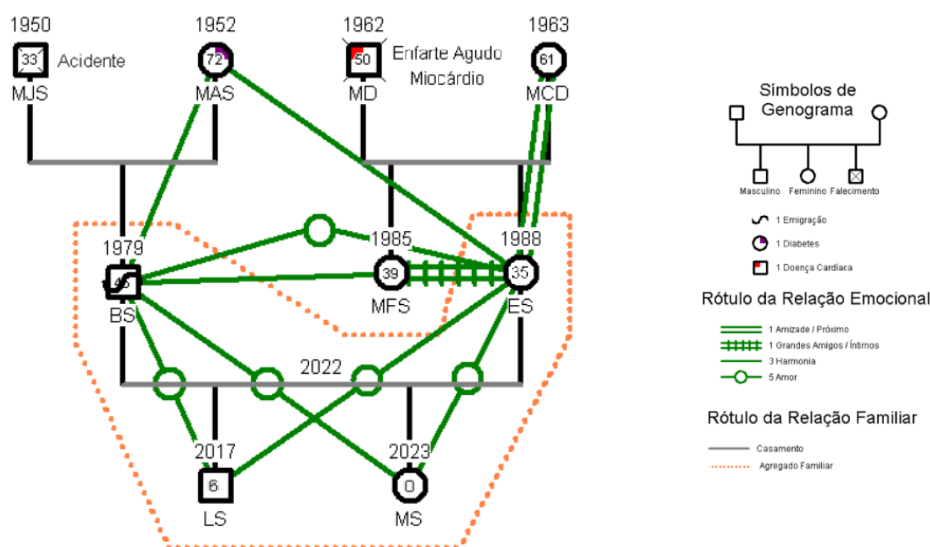


FIGURA 6: Genograma da família B e respetiva legenda

Tal como visualizado no genograma apresentado, a família B é constituída por um casal, formado pelo BS de 44 anos e a ES de 35 anos, casados desde 2022, pelo LS de seis anos e a MS recém-nascida. Nesta família do tipo nuclear, importa ainda referir que o BS se encontra emigrado, sendo que na primeira consulta foi referido pela ES que estava emigrado na Bélgica, no entanto na consulta em que esteve presente, o BS referiu que mesmo mantendo a empresa iria estar emigrado agora na Islândia, vindo a Portugal dez dias a cada seis semanas. Ao longo do discurso é sempre perceptível a proximidade que nutrem uns pelos outros, referindo “Não é fácil ele estar longe ... falamos várias vezes ao dia” e “Usamos e abusamos de vídeo chamadas, é a forma de tornar o longe perto”.

Relativamente à família extensa, está indicado no genograma que MJS e MD são membros que já faleceram. Nesta, a ES refere que a MFS é “Um grande apoio para mim, estamos sempre juntas. Ajuda-me em tudo e eu a ela”. Com a mãe, MD “Estamos muito as três, sabe a minha mãe também ficou sozinha. Somos o apoio umas das outras”, tendo com elas contacto pessoal diário. Sendo companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, bem como ajuda material e de serviços. Relativamente a, MAS, a ES refere “Temos boa relação, estou com ela ao fim de semana, mas falamos por telefone mais vezes”, funcionando como companhia social. Já BS por não estar no país refere contacto telefónico regular com, MAS e MFS, para além de o fazer várias vezes ao dia e por videochamada com ES.

Importa apresentar também o ecomapa desta família, figura 7.

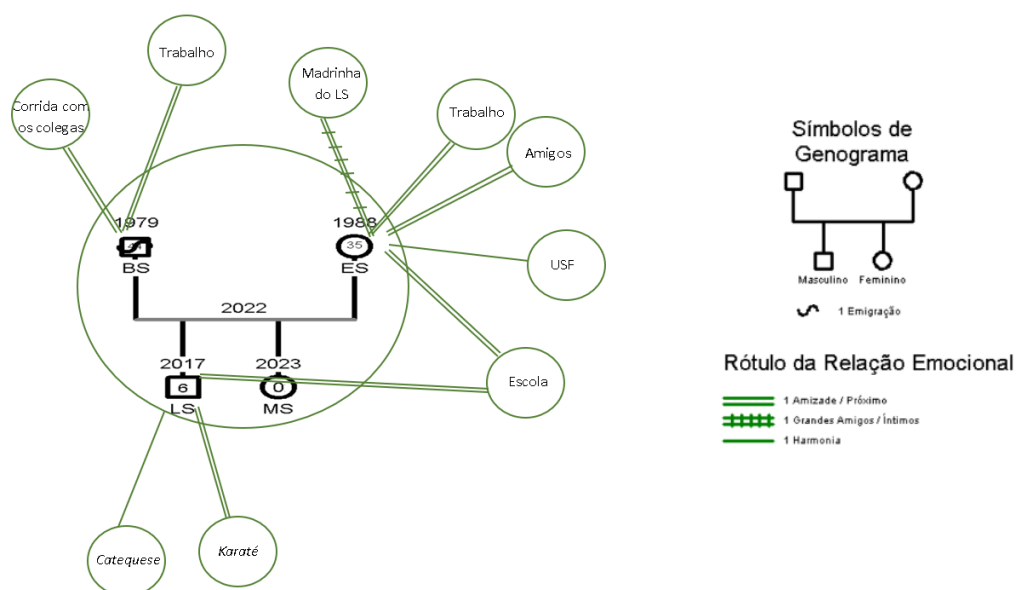


FIGURA 7: Ecomapa da família B e respetiva legenda

Tal como visualizado, BS refere “Só é pena ser longe. Adoro o meu trabalho. O país. Tudo. Só faltam lá eles”, tendo nos colegas de trabalho um grande apoio emocional e aproveitam os momentos livres juntos, muitas vezes a praticar exercício físico, “Como estamos lá todos sozinhos, damos umas voltas e é bom, alivia o cansaço e até a cabeça”. Já no que concerne à ES é de destacar o vínculo forte que tem com a madrinha do LS, referindo que ela “Está para tudo. Ajuda-me com ele, com coisas minhas. É muito importante para nós”.

Resultante da aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), é atribuída à família B a classe social média-alta, onde a ES detém um curso superior e BS o 12º ano, ambos com profissão colocada no grau três (ES: Responsável de imagem e comunicação e BS: Encarregado de carpintaria), cuja origem do rendimento familiar provém de vencimentos certos. O apartamento onde vivem é bastante espaçoso e confortável, tal como referiram e fica localizado em um bom local da freguesia.

Mantendo foco nas áreas de atenção da dimensão estrutural, nesta família foi passível avaliar Prevenção de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico. No foco Prevenção de Segurança, na habitação desta família não existem barreiras arquitetónicas e o conhecimento está demonstrado para a utilização de ar condicionado e gás canalizado. Atentando na especificidade desta família, nesta temática foram ainda explorados itens relativos a medidas de prevenção de acidentes como o correto armazenamento de materiais perigosos (medicamentos, produtos de limpeza e cortantes), garantindo que os teriam fora do alcance de LS, o que possibilita a formulação do diagnóstico: Prevenção de Segurança Demonstrada. É enunciado também o diagnóstico de Abastecimento de Água Adequado, sendo que esta família utiliza água da rede pública, bem como o serviço de tratamento de resíduos. Esta família tem duas gatas, vacinadas e desparasitadas que realizam consulta no veterinário a cada meio ano, registadas e com *Microchip* colocado, o que se traduz no diagnóstico de Animal Doméstico não Negligenciado.

Com a definição da etapa do ciclo vital familiar: Família com filhos na escola, deu-se início à avaliação da Dimensão de Desenvolvimento. Na avaliação desta dimensão foi planeado avaliar itens da Adaptação à Gravidez, Satisfação Conjugal e numa consulta posterior o Papel Parental, no entanto devido ao já referido da MS ter nascido antes do previsto já não foi passível avaliar a Adaptação à Gravidez, passando-se, no entanto, também para avaliação do Planeamento Familiar.

No decorrer da segunda consulta, relativamente ao Papel Parental, a avaliação decorreu face a família com filhos pequenos, devido ao facto da família B estar a integrar um novo filho na família, tendo sido avaliado o conhecimento de papel e os comportamentos de adesão. No âmbito do conhecimento de papel não foi avaliado o conhecimento sobre cuidados ao coto umbilical, uma vez que este já se encontrava cicatrizado. Uma vez que a ES amamenta a MS, iniciou-se pela avaliação do conhecimento sobre aleitamento materno e aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno, assim foram colocadas questões como: “Como tem sido a experiência da amamentação até agora?”, “E que dificuldades? Para si existe algo neste processo que tenha sido mais desafiador agora?”, ES referiu que durante este primeiro mês a amamentação está a decorrer sem grandes problemas e considera que se esteja a adaptar bem. Foi perceptível no discurso da ES a vontade de continuar a amamentar apesar dos desafios que enfrentou com o LS: “Era algo que queria muito. Quando foi com o LS foi muito complicado, tive muitas dores, desconforto, tomei antibióticos, até que tive mesmo de deixar de o amamentar e isso custou mesmo muito. Então agora, com a MS, quero muito que seja diferente e para já está a correr bem.” Face a isto optou-se por usar como recurso o elogio/valorização, “Cada bebé é único e essa sua capacidade e vontade de amamentar a MS apesar das dificuldades sentidas com o LS, é uma demonstração do grande amor que tem pelos seus filhos. Parabéns.” Ainda assim a ES referiu que as noites são o mais desafiante, no entanto demonstra saber que com o crescimento as necessidades alteram e tende a melhorar “... As noites, mas isso já sabia que ia ser assim. Ainda é muito pequenina e este primeiro mês teve de mamar de 3/3 horas. Mas é realmente o que custa, quando ela mamar ao deitar e depois só de manhã vai ser melhor”. Neste contexto foi reforçado e validado o sucesso até ao momento promovendo o sentimento de autoeficácia pelo sucesso que está a ser a amamentação até ao momento e manutenção do mesmo. Foram ainda disponibilizados apoio e orientação para contacto em caso de necessidade para que se mantivesse uma experiência de amamentação única, tranquila e positiva, evitando uma passagem precoce para outra forma de aleitamento. Aqui, face ao conhecimento sobre aleitamento artificial foi questionada a ES sobre como será em caso de necessidade de recorrer a este tipo de aleitamento e foi perceptível a vontade que a ES tem de manter apenas e em exclusivo o aleitamento materno “Sim, foi isso. Saber sei, mas não quero. Não vai acontecer”, no entanto devido à sua experiência anterior descreve corretamente como terá de proceder caso seja necessário recorrer ao mesmo. Passando para a exploração do conhecimento sobre o choro da MS, perguntou-se a ES como tem sido a experiência até ao momento face ao choro, quais as razões que identifica para que a MS chore

e ainda como reage nesses momentos, às quais respondeu “Por acaso não tem sido muito chorona. É uma paz esta criança para já”, “Chora quando tem fome, se a fralda estiver suja, outro dia percebi que estava a chorar porque o elástico das calcitas já estava a apertar um bocado” e “Tento sempre perceber porque que está a chorar. Quando é fome ou fralda é relativamente fácil. Mais difícil de perceber é quando é desconforto como com as calças, mas pego nela, dou miminho e procuro o que possa ser”. Com recurso a questões do tipo linear e reflexivas foi explorado o conhecimento sobre choro e características das dejeções do recém-nascido, tendo a ES demonstrado conhecimento sobre ambos. Igualmente aconteceu face ao conhecimento sobre perda de peso fisiológica, a ES refere “Acho que está bem enfermeira. Nasceu com 3730 quilogramas (kg), já está com 4660 Kg. Contando que nos primeiros dias perdeu peso”. Questionada sobre “O que sentiu quando viu que a MS estava a perder peso?” referiu “Estava tranquila. Sei que é normal nos bebés perderem peso quando nascem, por isso não me assustou minimamente. Do LS, não foi bem assim (riu-se), era novidade.” Para avaliar o conhecimento sobre posicionamento do recém-nascido e aprendizagem de habilidades sobre posicionamento do recém-nascido foram colocadas questões lineares com o intuito de perceber como o fazem. A ES descreveu totalmente como posiciona a MS nos diferentes locais, sendo que para descrever como dorme no berço e os cuidados que tem ia explicando e fazendo um desenho a exemplificar. Assim e tal como anteriormente foi explorado com a ES o conhecimento sobre cuidados de higiene nomeadamente a frequência, produtos, preparação, temperatura, entre outros, aos quais foi respondendo “Para já na água não coloco nada, como disseram no hospital. No fim do banho aplico um creme hidratante de bebé”, “Como estou sozinha, levo tudo para a minha beira. Preparo logo a roupa pela ordem que a vou vestir, preparo a água, o creme, tudo à mão”, “Coloco a água fria, depois tempero com outra mais quente e valido com mão e termómetro próprio”. Foi perceptível também o conhecimento da ES sobre vigilância de saúde da filha, demonstrou a importância de comparecer às consultas preconizadas e colocou questões inerentes à filha como: “E esta mancha que ela tem aqui atrás da cabeça? Vai sair?” Foi por isso transmitida informação à ES no sentido de explicar que o Angioma que a MS tem é frequente nos recém-nascidos e tende a igualar-se à pele circundante, ficando mais exacerbada em situações de choro ou irritação. Sendo um tumor vascular de carácter benigno, que habitualmente surge na cabeça, é mais usual no sexo feminino e apresenta uma incidência de 2,0% a 12% dos recém-nascidos caucasianos e reverte na maioria das vezes espontaneamente (Silva et al., 2019). Para conhecimento sobre competências e características do recém-nascido foram colocadas questões lineares e reflexivas, como “Quando a atividade à

volta dela é mais intensa, como acha que ela reage?”, “Como considera que ela a reconhece enquanto mãe?”. Sendo que a ES conseguiu identificar ambos os itens, tendo dado respostas como: “Por vezes assusta-se. Ouve bem! Quando o LS está a brincar e faz mais barulho ela reage logo”, “Adora. Adora estar no colo”, “Avisei logo o LS que não lhe pode mexer na cabeça, ainda tem aqui os ossos abertos”. Foi também aproveitada a interação que teve ao longo da consulta com a MS para ir explorando questões inerentes ao conhecimento que apresenta sobre o processo de vinculação, mostrando demonstrar o mesmo. Com a descrição, é possível formular o subdiagnóstico conhecimento de papel demonstrado, pela perspectiva de ES. Já no âmbito da avaliação dos comportamentos de adesão, foi possível iniciar a avaliação pela realização de consultas de vigilância de acordo com o preconizado, sendo que em concordância com as consultas estipuladas por idades-chave no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), até ao momento, deveria ter comparecido em três momentos, o que foi verificado, sendo: primeiro contacto até ao sexto dia de vida (com a realização do rastreio de doenças metabólicas), a primeira consulta e a consulta do mês. Face ao facto de os pais fomentarem a adesão à vacinação e de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor, a MS realizou uma vacina (contra a Hepatite B) ainda em meio hospitalar no dia após o nascimento e continuará o esquema quando completar os dois meses. Pela promoção da ingestão nutricional adequada, foram usados dados colhidos anteriormente e consultada a tabela de percentil de crescimento que se mostram adequados para a idade da MS. Também pela avaliação diagnóstica anterior e por observação direta se valida que os pais promovem a higiene da criança. Na avaliação do comportamento de adesão ao padrão de exercício adequado à idade da MS, foram colocadas questões como: “Como consideram ser a vossa interação com a MS no dia-a-dia?”, “Quando interage com ela, nota alguma reação positiva ou não a determinados movimentos que faça com ela?”, em resposta a estas, a ES compartilhou a sua interação com a MS, reconhecendo que não tinha consciência que algumas dessas atividades fossem promotoras do seu desenvolvimento. No que concerne aos comportamentos de adesão ao padrão de atividades de lazer, socialização da criança e estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional, a ES foi questionada de forma linear. Foram obtidas respostas como: “Sim, as pessoas mais próximas vão vê-la, pegam, brincam, sabem apenas que têm sempre de lavar as mãos e beijos estão proibidos”, “Saio com ela, vamos passear as duas e vou falando sempre com ela”. Pelos comportamentos de adesão a regras entre os subsistemas, foi possível perceber os cuidados que prestam à filha assim como a promoção do vínculo, bem como os limites estabelecidos entre

os filhos. Assim e com observação ao longo das três consultas foi possível perceber o comportamento de adesão dos pais na interação positiva com a MS.

Sintetizando, nesta que foi a avaliação do Papel Parental nas suas dimensões operativas de Conhecimento de Papel e Comportamentos de Adesão, constitui-se como uma força para a família B.

No que concerne à Satisfação Conjugal, foram consideradas a Relação Dinâmica, Comunicação, Interação Sexual.

Relativamente à Relação Dinâmica, ES sente-se satisfeita com a partilha de tarefas domésticas, tendo em consideração o tempo em que o BS se encontra em casa: “Aproveito é quando ele está cá para que ele resolva aquelas coisas de homem. Qualquer problema com eletrodomésticos, ou com a casa, essas coisas assim ele faz. O resto até dispenso que ele faça porque depois faz diferente e está cá tão pouco tempo”. Resposta que levou à questão reflexiva: “E se o BS preferisse fazer algumas tarefas, como considera que reagia?”, à qual ES revela “Bem. Se ele quiser fazer alguma coisa faz. Não me preocupo com isso”. Já relativamente à satisfação com o tempo que está com BS, para ES: “Isso já é pior. Há uns anos não me importava com isso. Ele foi para lá porque o nosso objetivo é construir uma casa e com o que se ganha cá ... Mas agora é diferente. Primeiro porque se estivesse cá era uma grande ajuda com os meninos e depois porque também me sinto mais cansada e gostava que ele estivesse mais tempo comigo”. Assim, utilizaram-se questões hipotéticas, de escala e reflexivas para explorar esta insatisfação: “ ... Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeita e 10 totalmente satisfeita, quão satisfeita se sente com o tempo que partilha com o seu marido?”, “Referiu-me um 3 e não um 1, porquê?”, “Em qual gostaria de estar?”, “E o que acha que deveria acontecer para o atingir?”, “Como se vê daqui a dois anos?”. Questões a que a ES respondeu afirmando que reconhece o porquê de ele lá estar e o tempo que vem a casa já é alguma coisa daí a pontuação que atribuiu, mas gostaria que fosse muito mais, almejando uma pontuação muito mais alta. “Considera que poderia fazer algo diferente para passar este 3 para um 5?”, a esta questão a ES responde: “Oh, isso era reduzir o que temos sempre para fazer todos os dias e sairmos os quatro”. Aproveitando esta sua vontade e insatisfação, foi sugerida a atividade: “A próxima vez que o BS vier, devem escolher um dia e uma hora para se sentarem com o LS para juntos fazerem um plano. Vão precisar de uma caneta, uma folha e acesso à internet. Nesse dia o objetivo é planearem uma visita a um mercado de Natal em família. Inicialmente devem procurar os mercados de Natal que acham que seria possível irem (Ex: Gaia, Óbidos, Madrid, ...) e respetivas datas de realização. Com esta informação, vão perante a disponibilidade da cada um escolher o dia ou dias que seria possível

irem visitar. Na folha vão anotar o mercado de Natal escolhido e a data a visitar. Posto isto, devem pesquisar o programa desse mercado e apontar também tudo o que cada um quer visitar ou fazer (Ex: beber chocolate quente ou andar na roda gigante). Neste plano devem ainda incluir outro elemento a realizar nesse dia (Ex: na viagem ouvir música de Natal ou tomarem o pequeno-almoço alusivo à época). Devem ainda decidir o que querem trazer para a família de recordação desse momento (Ex: Tirar uma fotografia com o pai natal). Sugiro que repitam isto todos os anos e vão guardando as recordações desses dias em família.”

Perante esta tarefa solicitada à ES na última consulta, foi descrito pelos membros do casal que o sugerido os motivou e tinham traçado o plano solicitado. Quando surge o assunto o LS mostra-se muito contente e refere “Sabes, escolhemos ir ao circo e a uma vila de Natal. E a mana também vai”. Foi por eles decidido que vão visitar a Feira de Natal de Santa Maria da Feira - *Perlim* no dia 15.12.2023. Durante a pesquisa descobriram que associado a esta feira está a decorrer um Circo de Natal, pelo que compraram ingressos para ambas as atividades. Tal como proposto, escolheram algumas atividades a realizar, como: o LS fazer slide, entrarem no castelo e assistirem ao espetáculo de encerramento do parque. Outro ponto do plano, seria incluir outro elemento a realizar nesse dia, que optaram por irem todos com camisolas de Natal, que o LS refere “E a minha vai ser do *Mickey*. Só falta da *Minnie* para a MS”. Escolheram para ficar de recordação trazer um íman alusivo a essa feira de Natal. Referiram ainda, que na sua pesquisa foi possível descobrir outras atividades de Natal que desconheciam e pretendem visitar mais algumas. Com o mote dado e pensando que isto seja mais usual aproveitou-se para sugerir um ritual terapêutico de cada vez que o BS vem a Portugal, isto é, à semelhança do plano que fizeram para visitar esta Feira de Natal, devem realizá-lo sempre de cada vez que estão juntos, optando por escolher uma atividade a realizar, sendo ela a visita a algum evento, ou uma tarde de jogos no parque, ou um jantar em local especial, sugerindo que o registem com uma fotografia e quando possível que tragam também um íman e assim documentem esses momentos felizes que passam em família. Neste contexto e já na consulta com o BS presente foi explorada também a sua perceção sobre a satisfação com o tempo que estão juntos, com questões como: “Sendo que trabalha fora do país e está mais tempo lá que junto da sua família, como se sente?”, “Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito, quão satisfeito se sente com o tempo que estão juntos?”, “Porque refere um 4 e não um 5?” “Já falaram sobre isso?”. Resposta que corroboraram a insatisfação descrita pela ES, como: “Gostava de estar mais em família”, “Um 4”, “Por acaso, com isto de escolhermos onde íamos, a conversa surgiu e falamos sobre isso”. Foram então colocadas questões circulares para exploração: “ES, o que

pensa sobre o que BS acabou de partilhar?”, “Concorda, BS?”, “Como se sentiram ao conversar sobre esta vossa insatisfação com o tempo que passam juntos?”, “BS, sabia que a sua esposa se sentia assim?”, “E para si, ES, sabia qual era a opinião do BS?”. Foi perceptível nesta consulta que apesar de ambos saberem que gostariam de estar mais tempo juntos, o BS não se tinha apercebido que após o nascimento da MS, esta insatisfação da ES estaria a aumentar. Aqui o BS referiu também que para além de planarem a ida à feira de Natal, estavam igualmente a traçar um plano para que fosse possível a ES e os filhos irem eles também ter com ele à Islândia e aproveitarem mais momentos juntos. Inerentemente foi explorada também com questões de forma circular a satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, revelando que para eles é fácil expressar o que sentem mesmo que o tenham de fazer por videochamada muitas vezes. Possibilitando assim a formulação do subdiagnóstico Relação Dinâmica Disfuncional, onde foi necessário intervir, planeando rituais familiares e motivar para atividades em conjunto.

Neste contexto, prosseguiu a consulta com avaliação da dimensão operativa da Comunicação, com ambos, na exploração sobre se enquanto casal conversam sobre receios e expectativas de cada um: “Para além disto, nas vossas conversas habituais costumam conversar sobre as vossas expectativas e receios?”, “Como se sente ao partilhar os seus anseios e medos com o BS?”, “Sente que é compreendida?”, “E o BS tem por hábito partilhar esses aspetos? Como se sente quando ele o faz?”, “ES, existe algum assunto que gostaria de abordar com o seu marido e não o tem feito?”. Ambos mostraram estar satisfeitos nesse aspeto e referiram “Acho que quando surge, falamos”, “Sim. Falamos sobre tudo”. Juntamente a este, tentou-se saber se, quando existe discordância de opinião, o casal chega a um acordo questionando de forma reflexiva, sobre “Como se sente quando por algum motivo não estão de acordo em algum assunto?”, “E quando acontece, o BS consegue identificar alguma estratégia que utilizem?”, referindo que para eles o que resulta “É tomar a decisão passado umas horas, ou no dia seguinte.” Pois “Evita logo que haja discussão, ou coisas ditas sem pensar. E ajuda a acalmar as ideias e perceber melhor o outro”. Assim e com recurso a questões circulares e de escala foi associada a exploração da satisfação com o padrão de comunicação do casal: “Considerando tudo o que falamos até agora. Quão satisfeita se sente, sendo que 1 é nada satisfeita e 10 completamente satisfeita, com a forma como comunicam?”, “BS, o que considera relativamente a este 10 que a ES referiu?” mostrando-se satisfeitos com o padrão na atualidade, embora tenham referido que quando namoravam não era assim e que evoluíram para este grau de satisfação devido á “Idade sem dúvida, o aumento da confiança” segundo ES, e para BS “considero que quando fui para o

estrangeiro, também melhorou muito. Porque não estando fisicamente, trabalhamos muito esse lado”. Dando assim possibilidade à formulação do Subdiagnóstico Comunicação Eficaz.

No que concerne à Interação Sexual, utilizaram-se questões do tipo linear para obter informações diretas e relevantes sobre a satisfação de ambos com o padrão de sexualidade tendo como base a situação de pós-parto e a ausência de BS. Pelo que se questionou: “Em todos os casais é importante, no entanto no vosso caso e uma vez que estão separados fisicamente, considero importante a reflexão sobre a intimidade que estabelecem enquanto casal. Que desafios enfrentam enquanto estão separados?”, “E neste momento concreto? Em que têm a MS pequenina, com esse afastamento como é quanto ao vosso padrão de sexualidade?”, que ES afirma “Sinceramente, penso que a intimidade se constrói de muito. Toda a parte emocional, as conversas. Pelo que isso é fácil de manter. Falta só mesmo a proximidade física”, “Custa mesmo é ele não estar cá para ajudar com tudo. Essa parte até é bom, com este pós-parto é sempre mais complicado o contacto físico”, mostrando ambos estarem satisfeitos com o padrão de sexualidade e o conhecimento que demonstram desta etapa específica, tendo mesmo BS referido, “A parte da penetração é sempre mais complicado depois do nascimento, mas ela já tem dois meses, devagarinho vamos tentando”. Possibilitando assim a formulação do subdiagnóstico Interação Sexual Adequada.

Desta forma foi formulado o Diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Dinâmica Disfuncional. A decisão que aceitaram o planeamento de atividades para que assim pudessem passar tempo efetivamente juntos, mostrou-se potenciadora de ganhos em saúde para esta família. Sendo assim, a Comunicação Eficaz e a Interação Sexual adequada são uma força e recurso para a família B.

Ainda nesta descrição inerente à Dimensão de Desenvolvimento, abordaram-se itens inerentes à avaliação do foco Planeamento Familiar no que concerne às dimensões Fertilidade, Uso de Contracetivo e Conhecimento Sobre Reprodução.

No que se refere a Fertilidade tentou-se perceber com ES e BS a perspetiva face ao futuro, com recurso a questões lineares e reflexivas: “Considerando a vossa família neste momento, com todos os desafios inerentes ao nascimento da MS, como vêem a possibilidade de virem a ter mais filhos?”, que responderam “Provavelmente poderá vir a acontecer”, tendo-se questionado “Já conversaram sobre quantos filhos gostariam de ter?” que ES responde “O nosso ideal seriam três” tendo BS completado “Sim, foi o número que sempre planeamos”. Tendo -se de seguida questionado sobre o espaço temporal que desejam para a nova gravidez, obtendo-se como

resposta “Não mais de dois anos. Depois fico velha (riso)”. Aproveitou-se a oportunidade para questionar “O que entende então que seja desafiador pelo facto de já ter 35 anos e considerar que não pode esperar mais de dois anos para voltar a ser mãe?”, que ES respondeu “Primeiro, e por minha vontade, teria sido mãe muito mais cedo e com esta idade já seria mãe de três, no entanto por outros desafios da vida não foi possível e tivemos de adaptar. O meu medo em relação ao avançar da idade é que o meu organismo já não funciona igual e pode aumentar problemas e até a possibilidade de engravidar.” ES reconhece assim alterações que podem ocorrer na fertilidade corroborando que a partir dos 35 anos se reconhece uma diminuição gradual na fertilidade sendo a sua causa multifatorial (Castro et al., 2023). Relativamente ao uso de contraceptivo, este casal recorre a um método anticoncecional oral, que retomaram um mês após o parto por já ser o método de eleição desde sempre e considerarem adequado. Também como perceptível com a vontade de esperarem dois anos para tentarem a próxima gravidez, vão de encontro ao recomendado pela OMS de espaçamento entre gravidezes de no mínimo ano e meio. Nos itens considerados importantes nesta avaliação, considera-se que o Planeamento Familiar é uma força e recurso para a família B.

Sumariando, no âmbito da Dimensão de Desenvolvimento o Papel Parental e o Planeamento Familiar constituem-se como uma força e recurso para esta família. Foi possível identificar o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação com o tempo que passam juntos, pelo que a intervenção passou por motivar para atividades em conjunto e planejar rituais familiares.

No âmbito da Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção Processo Familiar, com validação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, considerando também a Comunicação Familiar, Coping Familiar e respetivos Papeis Familiares. Pela aplicação da referida escala, considerando os acontecimentos para a família B, atingiu-se um *score* entre 150 e 200 que corresponde a uma menor probabilidade de incidência de doenças. Relativamente à Comunicação Familiar (Comunicação emocional, verbal / não verbal e circular) e Coping Familiar, os membros mostram-se satisfeitos com a sua comunicação e a forma como solucionam os seus problemas. Na família B, o Papel de Provedor é desempenhado pelo BS, existindo consenso de papel sem conflitos ou saturação do mesmo. Já o Papel de Gestão Financeira, Cuidado Doméstico e Recreativo é desempenhado pela ES, existindo para o mesmo consenso, sem conflito ou saturação. Mostrando-se assim os itens avaliados na Dimensão Funcional como uma força e recurso para esta família.

Nas consultas realizadas, para além da avaliação e intervenção familiar foi realizada a avaliação e intervenção nos membros da família individualmente, nomeadamente ES e MS.

Nesta avaliação atentou-se a questões gerais da sua saúde de ES como validação da sua imunidade à toxoplasmose e ainda os seus antecedentes pessoais, concretamente hipotiroidismo, importante uma vez que pode estar associado a inúmeras complicações para a mãe como surgimento de outras comorbilidades, aumento da probabilidade de cesariana e até aborto espontâneo, bem como para o recém-nascido como maior risco de quociente de inteligência mais baixo (Silva, 2022). ES demonstrou conhecimento sobre a patologia bem como a necessidade de terapêutica e pode-se formular o diagnóstico de adesão ao regime terapêutico. Considera-se importante avaliar o uso de tabaco, no caso da ES e uma vez que não é fumadora abordaram-se questões inerentes à exposição ao fumo passivo uma vez que pode ter influência direta na amamentação, traduzindo-se muitas vezes na sua interrupção mais precoce (Nascimento et al., 2022), ES refere que não convive nem está próxima de pessoas fumadoras. Já quanto ao consumo de álcool considera-se importante a restrição do seu consumo pela ES na gravidez pois se for ingerido atravessa a barreira da placenta o que significa que o feto recebe igual concentração da substância ingerida podendo resultar em anormalidades no desenvolvimento dos órgãos (Popova et al., 2017). Já no pós-parto e uma vez que a ES amamenta a MS considerou-se relevante avaliar novamente o seu consumo, obtendo-se como resposta “Enquanto ela mamar não, nada”, o que se revela mais uma vez importante pois durante a amamentação deve ser desaconselhado e em caso de ser usado deve ser esporadicamente e em pequena quantidade (Chaves et al., 2018). Foi também formulado o diagnóstico de conforto comprometido relacionado com alterações posturais associadas ao avanço da gravidez e implementadas intervenções no sentido de minimizar o mesmo, no entanto não foi possível avaliar as mesmas devido ao facto da consulta seguinte ter sido realizada no pós-parto. Consulta onde foi formulado o diagnóstico, Dor por ferida, inerente à ferida cirúrgica resultante da realização de cesariana, onde se transmitiu informação sobre a dor e técnicas para alívio da mesma, sendo que na consulta seguinte a ES referiu que esta já não estava presente e alterado diagnóstico para Sem dor.

Reportam-se agora os cuidados prestados a MS, onde foi realizada a avaliação antropométrica, de peso, altura, perímetro cefálico e IMC, por permitirem a avaliação do crescimento e estado nutricional da criança (Silva et al., 2022). Foi aplicada a escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada, para que fosse possível avaliar as aquisições ocorridas nas diferentes áreas de

desenvolvimento e concluir se existem desvios face ao esperado para a idade (Belinha et al., 2022). Na totalidade dos itens de preenchimento a avaliação foi de encontro ao esperado e adequado para a faixa etária da MS. Já na segunda consulta com a MS presente foi formulado o diagnóstico de Febre impossibilitando a realização do ato vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor, tendo sido, no entanto, agendada outra data para realização das mesmas.

Família D

A família D é constituída pelos membros AL, DL, LL e CC que está grávida. De seguida, o quadro 3, apresenta a informação sobre as semanas de gravidez de CC, o número de consultas realizadas, bem como os membros presentes em cada uma delas.

QUADRO 3: Consultas da família D

Número de consultas realizadas	Data de realização das consultas	Membros da Família Presentes
2	1ª Consulta: 16/10/2023	CC - Grávida de 28 semanas
	2ª Consulta: 14/12/2023	CC – Grávida de 36 semanas na presença de LL (consulta oportunista)
	3ª Consulta: 04/01/2024	FALTOU

Fonte: Elaboração Própria

Considerando o paradigma sistémico, onde a família surge como sistema dinâmico com relações interdependentes, o profissional adapta as suas intervenções às necessidades específicas de cada família onde a intervenção nas partes inevitavelmente influencia no todo (Figueiredo et al., 2023). A avaliação e intervenção realizada nesta família aconteceu através do membro presente nas consultas, a CC.

Com recurso a questões do tipo linear e relativamente à composição familiar, foram obtidos os dados representados no genograma na figura 8, elaborado na primeira consulta.

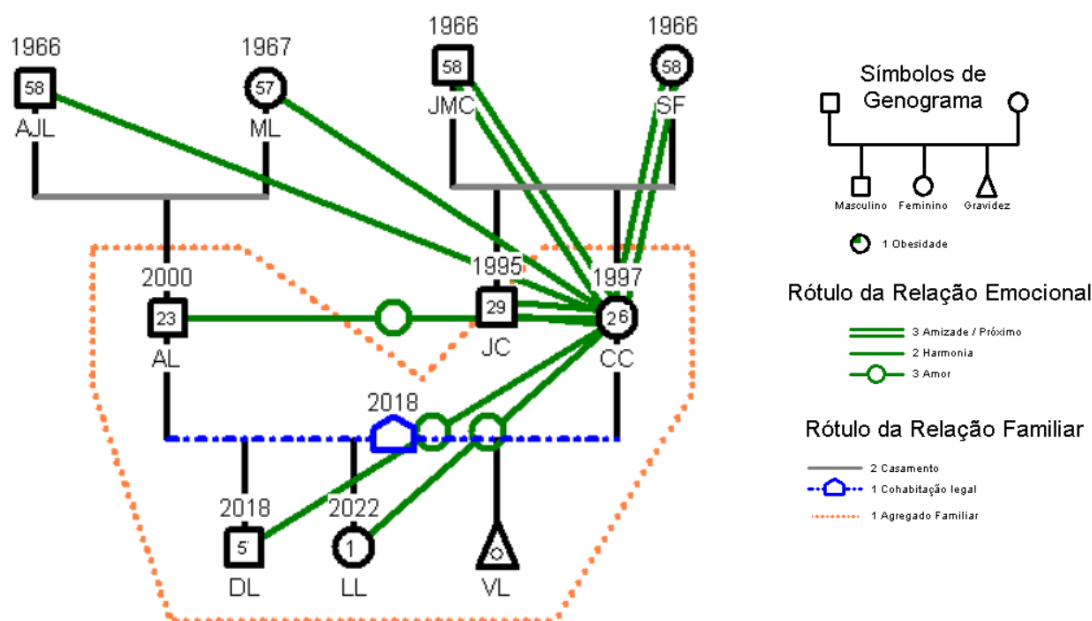


FIGURA 8: Genograma da Família D e respetiva legenda

Tal como apresentado no genograma, a família D é constituída por um casal, formado pela CC de 26 anos, grávida do terceiro filho, o AL de 23 anos, que vivem juntos desde 2018, o DL de cinco anos e da LL de um ano. Ao longo do discurso de CC foi perceptível o carinho e cuidado com que sempre falou do companheiro e dos filhos, como “Eles são os meus principais pilares, sou mesmo agradecida por os ter” e “Os pequenos são a alegria da nossa casa, tão bom tê-los”. A família D é do tipo nuclear.

Relativamente à família extensa, CC referiu essencialmente a sua família, dizendo que a do companheiro “Até me dou bem com eles (AJL e ML), mas não tanto como os meus” e “Vamos vê-los ao fim de semana”. Relativamente à sua família refere “Somos todos como um”, uma vez que para ela estão lá quando é necessário e se ajudam mutuamente tanto a nível pessoal como profissional, referindo que não identifica diferenças na proximidade que tem com os pais e o irmão, onde o contacto é diário, pessoal ou telefónico, tendo função de apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos e ajuda material e de serviço.

No que concerne aos sistemas mais amplos, CC refere um vínculo forte com as tias maternas “Estão comigo para tudo, ajudam-me em tudo. Olhe até aqui no centro de saúde, às vezes me

trazem os meninos quando é preciso”. Já na referência às suas clientes refere dois opostos, algumas “Passaram de clientes a amigas e já fazem sentido em outros momentos da minha vida” sendo um vínculo forte e com outras “Passo-me com elas, pensam que por eu trabalhar assim nas portas, são mais que eu” atribuindo assim um vínculo de conflito. Refere-se ainda a alguns amigos do 10º ano “Continuamos a encontrarmo-nos para um cafezinho, agora com os meninos também”, como vínculo intermédio uma vez que refere “Gosto de estar com eles e esses momentos são bons, mas não estamos sempre juntos e quando é necessário não são as primeiras pessoas a quem recorremos”.

Como resultado da avaliação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), é atribuída à família D a classe social média, onde a CC concluiu o 10º ano e AL o 9º ano, com profissões colocadas no grau 4 (CC: Funcionária de loja de bens alimentares – vende ao domicílio e AL: Sucateiro) , cuja origem do rendimento familiar provém de vencimentos certos. A casa onde vivem tem eletrodomésticos e divisões essenciais, tal como CC referiu e fica localizada numa zona intermédia da freguesia.

Na continuidade desta avaliação, nesta família foi passível avaliar Prevenção de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico. Centrando a atenção no foco Prevenção de Segurança, não existem barreiras arquitetónicas na casa onde residem. Com a colocação da questão linear sobre o tipo de aquecimento que utilizam em casa, CC referiu prontamente “não necessitar de aquecimento extra”, pelo que se optou por explorar como é agora com o quarto da LL e como será quando nascer a bebé ao que a CC refere “Os quartos da nossa casa têm muito boa exposição solar, tendo as persianas abertas de dia a casa fica ótima. Para nós as vezes até é complicado perceber a temperatura real na rua de tão bem que se está lá em casa”, o que corrobora as indicações de manter o quarto a uma temperatura de aproximadamente 20ºC sem recurso a fontes de calor junto à cama como prevenção do aquecimento excessivo (Ministério da Saúde, 2023b). Ainda relativamente a este foco foram colocadas questões lineares no sentido de perceber qual o equipamento de abastecimento de gás usado, bem como o conhecimento sobre a utilização do mesmo, sendo que utilizam o gás de botija, foi possível perceber que cumprem os cuidados necessários quando CC refere “Só tenho uma botija de cada vez em casa e troco quando acaba”, “Nunca a abano ou deito, como se fazia antigamente” e ainda refere que quem lhe fornece o gás periodicamente avalia e quando necessário troca a mangueira. O abastecimento de água é da rede privada (poço) que utilizam para consumo, sendo esta sujeita a testes de controlo de qualidade a cada seis meses ou sempre que

reconhecem alguma alteração na mesma, segundo afirma CC. Não têm animal doméstico. Considerando os dados apresentados, foram formulados os diagnósticos Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado.

Com a definição da etapa do ciclo vital familiar: Família com filhos pequenos, deu-se início à avaliação da Dimensão de Desenvolvimento. Na avaliação desta dimensão foi possível avaliar itens da Adaptação à Gravidez e Satisfação Conjugal.

No que concerne à área de atenção Adaptação à Gravidez, considerando que nesta consulta CC estava grávida com 28 semanas de gestação, focou-se a avaliação das dimensões operativas de Conhecimento, Comunicação e Comportamentos de Adesão.

Na avaliação do conhecimento e mais concretamente à existência deste sobre os direitos sociais da gravidez bem como da maternidade e paternidade foi considerado demonstrado após as respostas obtidas, “Sim, das outras vezes foi igual. Tenho as consultas aqui e no hospital”, “Tenho a licença de maternidade e o AL também fica em casa quando ela nascer”. No âmbito da avaliação do conhecimento sobre as etapas de adaptação à gravidez e alterações fisiológicas foram colocadas questões lineares baseadas no que teriam sido as outras duas experiências de gravidez esperando fazer a ponte para o conhecimento atual. Às questões “Considerando que esta é a terceira gravidez que vivencia, como considera que foi das outras vezes?” e “Lembra-se de alguma diferença entre a gravidez do DL e da LL?”, foram obtidas as respostas: “Correram bem (...) entre as duas sinceramente não me recordo assim de diferenças muito grandes, tive enjoos nas duas, a vontade de urinar mais vezes e muito sono”. Seguiram-se questões reflexivas orientadas para a vivência da gravidez atual, “E até agora, como tem sido esta gravidez?”, “O que tem sentido de mais desafiador?”, tendo referido “esta tem sido mais complicada, este peso e dores nas pernas, e estou mais cansada, por vezes parece que me falta o ar”, “Mas acho que tudo isto se complica por causa do meu peso. Isto é normal só por estar grávida, eu sei, mas assim pesada não ajuda”. Foi assim decidido validar o afirmado mostrando aceitação e compreensão “Cada pessoa reage de forma única à gravidez tal como cada corpo, neste momento concentre-se na beleza deste processo e na sua transformação”. Neste contexto foi ainda possível explorar o conhecimento face ao processo psicológico associado ao puerpério, demonstrado também através das experiências anteriores. Para explorar o conhecimento sobre a nova etapa do ciclo vital, recorreu-se também a questões reflexivas, questionando-se CC sobre “Quais são as suas expectativas sobre esta nova fase como mãe?”, “E para vocês como família, como acha que será?”; às quais respondeu: “Estou ansiosa. Passei do choque de saber da

gravidez à vontade de a ver e ter connosco. (...) A LL ainda é muito pequenina, tenho também receio por isso”; “Acho que vai ser mais difícil de conciliar tudo. Agora ficamos dois para três (riso).” Pelo que foram de seguida colocadas questões reflexivas, orientadas para o futuro, “Considerando o que acabou de me dizer, como está a preparar essa chegada?”, “Já pensou sobre como poderá fazer para que a dinâmica que têm agora não se altere muito com a chegada da pequena VL?”, a estas questões, CC mostrou já ter pensado sobre o assunto e apresentou até algumas possibilidades como “Vou aproveitar a ajuda das minhas tias. Se agora já ajudam, vou continuar a aproveitar”. CC demonstrou ter conhecimento da importância da vigilância da saúde na gravidez embora tenha faltado a consultas, pois referiu “Não vim porque não consegui e como tinha ido uns dias antes ao hospital achei que poderia vir só mais para a frente, uma vez que já me tinham visto lá”. O conhecimento sobre curso de preparação para o parto está igualmente demonstrado, após encaminhamento da enfermeira de família numa das primeiras consultas, já tinha sido contactada pela enfermeira da UCC para agendar data de início do mesmo e ainda referiu “Mesmo sendo o terceiro filho vou na mesma, nunca se sabe se dizem alguma coisa nova”. Para exploração do conhecimento sobre desenvolvimento fetal foram colocadas questões lineares como: “Até ao momento como tem sido o crescimento da sua bebé?”, “Considerando que está grávida de 28 semanas, sabe qual o tamanho que ela tem agora?”. Com as repostas obtidas foi possível perceber que o conhecimento sobre esta temática se encontrava não demonstrado pelo que foi necessário promover o mesmo. Foi por isso transmitida informação sobre o estado de desenvolvimento adequado às semanas de gestação, como o tamanho do bebé equivalente ao tamanho de uma beringela, o facto do bebé já ouvir sons vindos do exterior e até começar a distinguir vozes (Isfer, 2023). No sentido de continuar a capacitar a CC face a esta temática e após validação do seu interesse, foi sugerido que continuasse a seguir o desenvolvimento fetal através de uma aplicação móvel. Esta permite o acompanhamento do crescimento fetal, bem como aceder à lista para preparação do saco para a maternidade, registo de consultas bem como monitorização de peso e contrações. Sugeriu-se ainda o ritual “Essa vontade que expressou em querer saber mais sobre o crescimento da sua filha é maravilhoso. Seria igualmente bom que partilhasse esse acompanhamento e interesse com o AL, pelo que sugiro que quando consultar a aplicação seja um momento de partilha entre os dois. Parece-lhe bem?” Nesta dimensão foi ainda explorado o conhecimento sobre enxoval que CC demonstrou ter conhecimento e estar tudo já a ficar pronto e “Só falta colocar na mala”.

No que concerne à comunicação, nomeadamente a partilha e receios e expectativas face à gravidez e parentalidade, após ser questionada sobre se é um assunto que costume abordar nas

conversas com AL, CC afirmou “Conversamos sobre tudo. E isso sim, tem surgido muito, tanto pelo receio que temos de gerir esta vida a cinco quanto pela vontade que temos que ela nasça, de a conhecer e de ver a interação entre todos eles”. Mostrando também ser para eles uma força o apoio que sentem um no outro no decorrer desta nova etapa enquanto família, atribuindo um nove à pergunta de escala “Quão importante é para si, sendo 1 nada importante e 10 muito importante, o apoio que sente de AL nesta fase?”.

Relativamente aos Comportamentos de Adesão, CC preparou o enxoval para si e para a VL, frequentou o curso de preparação para o parto e compareceu a consultas preconizadas, embora tenha algumas faltas, compensadas em datas posteriores.

Com base no apresentado, na Dimensão de Desenvolvimento, no foco Adaptação à Gravidez, na perspetiva da CC foi formulado o Diagnostico de Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado sobre desenvolvimento fetal, pelo qual se considerou relevante ensinar sobre desenvolvimento fetal usando como recurso o sugestão de um ritual com a utilização de uma aplicação móvel.

Com o mote dado no decorrer da consulta, foi decidido na primeira consulta a avaliação no âmbito da Satisfação Conjugal centrar-se na dimensão Interação Sexual. Contextualizando, a CC demonstrou dúvidas e receio face à Interação Sexual com AL, uma vez que lhe teriam dito “por estares grávida não podes ter relações sexuais”. Foi então questionada: “O que significa para si essa informação que lhe transmitiram?”, ao qual CC referiu ter receio e ter cumprido pelo facto de proteger a bebé. Prosseguiu-se, validando a sua preocupação e mantendo a exploração: “Compreendo que tenha receio e queira proteger o seu bebé pelo que gostaria que agora se centrasse nas outras vezes que esteve grávida, manteve relações sexuais?” ao qual respondeu “Sim, das outras vezes sim”. “Como vê pela sua própria experiência, não será o seu estado de gravidez um facto impeditivo que viva a sua sexualidade. Já teve oportunidade de conversar com o AL sobre isso?”, seguindo “Como se sente pelo facto de estar a evitar ter relações sexuais?” e “Como considera que o AL se sente?”, CC afirmou estar desconfortável com a situação tanto para ela como para o companheiro e acredita que para ele também seja complicado. Prosseguiu-se então, “Durante este tempo, exploraram de alguma forma a vossa sexualidade para além da relação sexual?”, à qual CC respondeu “Para ser sincera não, o medo era tanto, que nunca passou muito do carinho a adormecer”. Utilizou-se como estratégia a validação normativa deste comportamento com recurso à metáfora: “É natural que depois do que lhe foi dito, tenha manifestado esse receio e é também habitual que essas dúvidas existam, pelo que

gostaria que se lembrasse de uma dança. Cada música tem o seu ritmo, pelo que quem dança tem de adaptar os movimentos de forma a se adequar à nova coreografia.” Na exploração da mesma foi feito o paralelismo com a sexualidade, uma vez que esta se vai adequando ao corpo em transformação e o casal encontra soluções mais confortáveis na sua intimidade. Prosseguiu-se com a colocação de uma pergunta de escala, “Quão preparada se sente, sendo que 1 é nada preparada e 10 totalmente preparada, para reiniciar a vossa interação sexual ainda durante a gravidez?” ao que se obteve um 8 como resposta. Foi explorado este valor, na tentativa de entender quais os motivos que a levam a referi-lo bem como aumentar o seu conhecimento e confiança para ultrapassar este significado dificultador que criou. Foi despendido bastante tempo da consulta nesta exploração da sexualidade, uma vez considerada como fulcral, é cada vez mais valorizada na vida do indivíduo e na manutenção dos seus relacionamentos. Concretamente no decorrer da gravidez possíveis alterações ou ajustes podem melhorar substancialmente a qualidade de vida e a relação familiar (Frias et al., 2021a). Se a descoberta da gestação por si só pode afetar negativamente a função sexual com diminuição da frequência ou desejo, a desinformação pode contribuir para impedir que o casal vivencie a sua sexualidade plenamente ou até a sua cessação (Soares et al., 2020; Moreira et al., 2022). Considerou-se ainda relevante capacitar a CC face a esta vivência da sexualidade, uma vez que estando no segundo trimestre de gravidez é usual ser um momento de desempenho sexual positivo, com libido aumentada, pelo que é importante que o casal esteja desprovido de crenças, receios e outras limitações à expressão dos seus sentimentos e desejos (Munno, 2022; Piazza, 2022). Na avaliação desta intervenção (na consulta oportunista), CC foi questionada: “Como considera a sua interação sexual desde a última consulta?”, “Esse reinício teve impacto na sua interação com o AL?”, ao qual respondeu “Voltamos. Sem o medo que tínhamos ... Sem dúvida, ele sempre compreendeu o porque do meu receio e ficou muito feliz por eu querer tentar”. “E para si, qual foi o maior desafio que sentiu nessa mudança?” ao qual referiu “Foi desbloquear da ideia anterior, mas lembrei-me do que me tinha dito, avançamos e correu bem”. Prosseguiu-se “é encantador perceber a forma como conseguiram ultrapassar este desafio e encontrarem um equilíbrio entre a vossa intimidade e as exigências da maternidade. Parabéns por esta conquista significativa”. Neste contexto foi ainda avaliada a utilização da aplicação móvel (ritual sugerido) e a forma como a estavam a explorar, ao qual CC referiu que estavam a utilizar e a ser muito útil que para além de acompanhar o desenvolvimento da VL até para a preparação da mala de maternidade que tinha *check-list* e assim ia registando o que já tinha colocado.

Para a avaliação e intervenção familiar nesta família, foi traçado o plano para a realização da segunda consulta que contemplava: a avaliação do resultado das intervenções da consulta anterior, a avaliação dos itens Relação Dinâmica e Comunicação inerentes à Satisfação Conjugal bem como exploração da Dimensão Funcional. Não foi possível a avaliação tal como planeada, uma vez que a CC faltou à consulta programada, tendo esta sido realizada num outro dia em que se dirigiu à USF para uma consulta com o filho mais velho. Tendo em consideração que o segundo contacto com a CC não surgiu com o intuito traçado e a sua disponibilidade não era a adequada ao tempo necessário para a realização do plano traçado, nesta foram apenas avaliadas as intervenções implementadas na consulta anterior tanto familiar como individual. Tentou-se novo agendamento com CC para realização de outra consulta, escolhendo uma data que fosse da sua conveniência no início de janeiro, no entanto voltou a faltar tendo, no entanto, contactado a USF para avisar que não iria conseguir estar presente.

Considerando o pressuposto que o sistema familiar enquanto alvo de cuidados se centra tanto na família como nos seus membros individualmente (Figueiredo, 2012), é apresentada a explanação de cuidados ao membro CC. Esta desconhece alergias, não fuma, nunca consome bebidas alcoólicas e é imune à toxoplasmose. Na realização dos cuidados inerentes à vigilância de saúde da grávida, como monitorização de sinais vitais e peso foi ressaltado um problema existente, sendo formulado o diagnóstico Peso Comprometido por excesso de peso, tal como classificação do ICN. Não sendo um problema específico desta gravidez, mas já anterior, importa igualmente atentar à sua presença uma vez que a obesidade aumenta a probabilidade de ocorrência de complicações como aborto espontâneo, pré-eclampsia, diabetes gestacional e até complicações inerentes ao momento do parto e pós-parto (Silva, 2023). Para esta abordagem, considera-se importante como referência o peso pré gravidez de 73,0 Kg, uma vez que grávidas com peso pré-concepcional maior tendem a ter maior aumento de peso e filhos mais pesados (Bezerra & Antônio, 2020). Na consulta a CC apresentava 88,0 Kg, correspondendo a um IMC de 36,2 Kg/m² sendo que a sua altura é 156 cm. Após a CC ter-se referido ao seu peso e após a pesagem foi questionada “Do que me está a dizer parece-me que está preocupada com o valor apresentado na balança, estou certa?” ao qual anuiu. Questionada sobre como se sente com o peso que tem no momento, CC referiu “Mal. Desde há uns tempos que me preocupa este peso, neste momento sei que aumento mais por estar grávida, mas mesmo assim é muito”. Questionada de seguida sobre “O que considera que poderia fazer de diferente para se começar a sentir melhor?”, abordou o exercício físico e alimentação mais saudável. Após exploração de como poderia fazer foi questionada sobre “Como acha que se sentiria se conseguir realmente

mudar esses aspetos na sua vida?” e ainda “Como será, se isso não acontecer e continuar como até agora?”. Seguiu-se ainda a exploração através de uma pergunta de escala com o intuito de perceber o quão motivada estava para iniciar esta mudança e que metas se propunha a atingir. Ficou acordado com a CC que até a consulta seguinte iria iniciar caminhadas de 45 minutos duas vezes por semana bem como reduzir a ingestão de doces de diária para dia sim dia não e apenas o consumo de um doce. Foi ainda, sugerido que num bloco anotasse o número de vezes que come e o que come para futura exploração. Na consulta oportunista realizada, CC refere ter iniciado as caminhadas, no entanto não tinha no momento o registo de refeições pelo que não foi possível explorar este item como planeado com dados concretos. Foi no entanto possível saber que “Só a apontar é que tive noção do número de vezes que comia pequenas coisas, como passar nas nozes e comer ou então umas uvas, assim coisas pequenas que nem notava”. Sendo de seguida questionada “Consegue identificar o que a levou a esse hábito de ir comendo frequentemente?” e “Pode-me referir uma estratégia para alterar esse hábito que criou?”. A estas questões, CC disse que associa ao ritmo de vida e ao facto de não parar muito tempo para comer que vai sempre comendo e mesmo na carrinha de trabalho levava muitos petiscos e que agora considera deixar de o fazer e levar apenas para as refeições essenciais, como lanche da manhã e da tarde. Na continuidade da avaliação CC foi também questionada “Como se sente após ter iniciado as caminhadas?” e “Que alterações consegue identificar por o ter feito?”, mencionou sentir-se melhor tanto a nível físico como psicológico, sentindo que apesar do desconforto inerente à gravidez lhe parece que consegue dormir melhor nos dias em que caminha e conseqüentemente se sente com mais energia no dia seguinte. Foi reforçado “Tal como já lhe tinha referido, o seu valor não é definido no número que vê na balança. Parabéns pela coragem de nesta reta final da gravidez ser capaz de iniciar estas mudanças”. Foi ainda colocada uma questão reflexiva “Como se vê daqui a seis meses quando a VL já tiver nascido?” ao que disse “A continuar. Em último caso, ela vai comigo no carrinho. E vai ser verão fica mais fácil”. Contemplando a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar, este problema identificado na CC foi partilhado com a equipa médica que referenciou para consultas de nutrição no hospital de referência.

Família H

No quadro 4, está aclarada informação relativa às consultas realizadas com a família H. Esta é constituída pelos membros PP, LP e AS e que está grávida.

QUADRO 4: Consultas da família H

Número de consultas realizadas	Data de realização das consultas	Membros da Família Presentes
3	1ª Consulta: 25/10/2023	AS - Grávida de 17 semanas na presença da filha LP
	2ª Consulta: 22/11/2023	AS – Grávida de 21 semanas e PP
	3ª Consulta: 09/01/2024	AS - Grávida de 27 semanas e PP

Fonte: Elaboração Própria

Com recurso a questões do tipo linear e relativamente à composição familiar, foram obtidos os dados representados no genograma na figura 9, atualizado na terceira consulta.

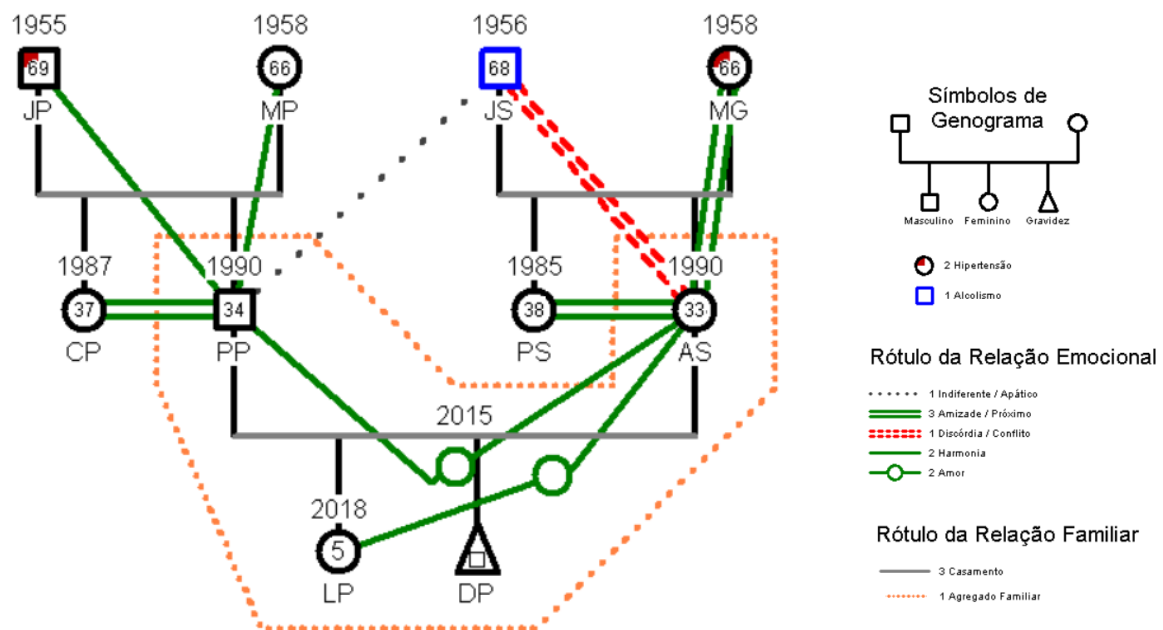


FIGURA 9: Genograma da família H e respetiva legenda

Tal como visualizado no genograma apresentado, esta família do tipo nuclear, é constituída por um casal, formado pelo PP de 34 anos, a AS de 33 anos que está grávida, casados desde 2015 e a LP de cinco anos. Ao longo do discurso são sempre perceptíveis a ligação de proximidade e o apoio que nutrem uns pelos outros.

Face à família extensa, AS afirma ter uma um contacto muito próximo com PS e MG referido “Praticamente vivemos juntas, elas vivem nas casas por baixo da minha”. Já com JS a AS refere “É complicado. Muito complicado. Ele bebe a mais e as coisas não são fáceis”. Por sua vez, no discurso de PP é perceptível a ligação próxima a CP referindo “É com quem muitas vezes falo de situações do dia-a-dia que me acontecem, sejam felizes ou não”, sendo este contacto diário pessoal ou telefónico. Relativamente a JP e MP, refere contacto pessoal uma vez por semana afirmando “Dou-me bem com eles”. Quanto a JS, “Sinceramente, não me diz muito. O contacto com ele é mínimo”.

Relativamente aos sistemas mais amplos são identificados como recursos para a AS e PP o trabalho “Sei que faço muitas horas, mas não me importo nada. O ambiente é ótimo ... Se precisar que venha cá mais vezes diga, ou se me quiser ligar, mas sempre depois das 19 por causa do trabalho”, o Grupo de Pais do infantário da filha pois “Mesmo ao fim de semana nos juntamos nas alturas de organizar festas e é muito giro. Juntou-se ali um grupo fixe”. Refere também sentir um grande apoio na enfermeira de família pois “A Enfermeira C é muito acessível. Qualquer coisa é a ela que venho”. Já para PP nos sistemas mais amplos surge o trabalho também como “Sinto-me muito bem lá. Sempre trabalhei lá e é para continuar”, já o *Padel* refere ser “Fantástico. Não vou mais vezes porque a vida não permite. Temos um grupo de quatro e as horas que ali passamos são muito boas”.

A avaliação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), atribui à família H a classe social média, onde a AS e PP estudaram até ao 9º ano, com profissões colocadas no grau 4 (AS: Polidora e PP: Maquinista), cuja origem do rendimento familiar provém de vencimentos certos. AS afirmou que a casa onde vivem esta bem conservada e tem eletrodomésticos essenciais e fica localizada em um bom local da freguesia.

No seguimento da avaliação das áreas de atenção da dimensão estrutural, nesta família foi passível avaliar Prevenção de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico. No foco Prevenção de Segurança, após exploração a única barreira identificada foi na habitação desta família, as escadas exteriores, sendo que o conhecimento sobre estratégias de adaptação está demonstrado, sendo que AS refere nunca ter pensado muito sobre o assunto por não ter sido problema até agora, no entanto, no momento e rapidamente refere “Se por alguma situação as escadas forem impedimento, mudo-me para o anexo, não é muito grande, mas serve para uns tempos”. Lareira a *pellets* é utilizada como aquecimento para a habitação, estando igualmente o conhecimento demonstrado, referindo “Quem trata da lareira é o PP”, no entanto refere que

o vê a limpar algumas vezes por semana e “Até mandamos fazer uma proteção para ela por causa da LP”, situação posteriormente validada com PP que corrobora os cuidados com este equipamento. Na sua casa, referem não existir gás, uma vez que tudo funciona a eletricidade. Possibilitando assim a formulação do diagnóstico: Precaução de Segurança Demonstrada. O Abastecimento de Água nesta habitação existe por rede mista, sendo que a água da rede privada não é utilizada para consumo humano, no entanto este casal refere que a mesma é analisada de acordo com as normas em vigor no nosso país, o que se traduz no diagnóstico Abastecimento de Água Adequado. O serviço de tratamento de resíduos é igualmente assegurado através da rede pública. Nesta família existem duas gatas, vacinadas e desparasitadas, que AS refere que andavam dentro de casa, no entanto desde que engravidou que elas não entram, “Andam só lá fora e entram em casa dos meus pais que é por baixo”, foi então explorada esta questão associada ao facto de não ser imune à toxoplasmose que AS demonstrou igualmente conhecimento ao referir “Sei que tenho de ter cuidado com as fezes delas e se for necessário mexer utilizar luvas, no entanto, todo o cuidado é pouco e preferimos que fosse assim”. O que se traduz no diagnóstico: Animal Doméstico Não Negligenciado.

Com a definição da etapa do ciclo vital familiar: Família com filhos pequenos, deu-se início à avaliação da Dimensão de Desenvolvimento. Na avaliação desta dimensão foi planeado avaliar itens da Adaptação à Gravidez e Satisfação Conjugal.

No que concerne à avaliação da Satisfação Conjugal, foram avaliadas as dimensões Relação Dinâmica, Comunicação e Interação Sexual.

Relativamente à Relação Dinâmica foi possível perceber que existe satisfação na divisão/partilha de tarefas domésticas. A AS e PP questionou-se como consideravam a sua dinâmica relativamente a este assunto obtendo como resposta “Entendemo-nos bem” e “Quanto a isso é tudo tranquilo”. Tentou-se perceber se têm definidas as tarefas de cada um ao qual se obteve resposta quase simultânea que vão fazendo o que mais gostam e melhor se adaptam e que sem combinar vão fazendo, mais ou menos, sempre o mesmo. Foi ainda considerado importante explorar se existia alguma tarefa que preferissem não realizar, que referiram “Não realizar não digo. Mas o que menos gosto é passar a ferro, mas... entre passar ou arrumar a roupa prefiro passar e sempre é ele que arruma (riso)” e “Nem me posso queixar, estou bem com o que faço”. Na exploração da satisfação com o tempo que estão juntos, com recurso a questões do tipo linear e circular, questionou-se “Estão satisfeitos com o tempo que estão juntos?” ao qual ambos referiram estar tendo também sido abordado “Então, reportando-

se a este último mês, consideram que estiveram juntos, o tempo suficiente?” bem como “AS, em algum momento sente que precisava de mais tempo para estar com o seu marido?” seguindo-se com circularidade para tentar perceber a posição de PP face ao questionado. Assim e com as respostas concordantes obtidas, foi considerada a satisfação do casal com o tempo que estão juntos. Estão igualmente satisfeitos com a forma como expressam os seus sentimentos. Questionados sobre a forma como expressam os sentimentos, AS referiu “Muito fácil enfermeira. Eu digo tudo, na hora. Ele é mais reservado, é mais de estar calado e diz no momento mais próprio”, que PP consente afirmando “É isso. Eu gosto mais de o fazer com uma conversa tranquila quando estamos os dois. A AS é mais de momento, eu sei logo como ela está”. Questionados se “Gostariam que fosse de outra forma”, PP afirma que não enquanto AS refere que gostaria de ser mais calma e tem vindo a trabalhar nisso, no entanto ressalva que “Apesar de ser assim nunca tivemos nenhum problema com isto”. Partindo daqui para o subdiagnóstico Relação Dinâmica Não Disfuncional.

Seguindo o mote do avaliado anteriormente para na Dimensão da Comunicação avaliar sobre se conversam sobre as expectativas e receios de cada um foi questionado “Falamos até agora, sobre os vossos sentimentos e a forma como os apresentam ao outro. Não menos importante numa relação é a forma como conversam sobre o que tem receio e até o que esperam. Têm conversado sobre isso?” ao qual responderam ambos sim. Segue-se questionando AS “Como se sente ao partilhar os seus anseios e medos com o PP? Sente que ele a compreende? Como considera que ele se sente quando a AS o partilha?”. Aqui AS respondeu afirmando que se sente bem, considera que as relações só funcionam assim e sente-se compreendida, no entanto no fim do seu discurso ela própria questiona PP “Gostas?” e obteve uma resposta de concordância total. Encadeou-se o término deste tema com a tentativa de perceber se chegam a acordo quando discordam em algo: “De tudo o que falamos até agora, parece-me que ambos conseguem expressar livremente a sua opinião. Estou certa?” e “Quando discordam de opinião, conseguem chegar a um acordo?”, referindo os dois sim, onde PP afirmou “Por norma sim. Mais volta menos volta”. Foram exploradas estratégias utilizadas enquanto casal, “Tentamos encontrar um ponto comum. Consideramos que o meio é o que nos leva a resolver as situações”, para que isso fosse possível, bem como a facilidade que têm em ceder para chegarem a uma resolução. Sendo assim possível perceber que conseguem chegar a acordo quando necessário. Seguiu-se com a utilização de questão de escala para perceber a satisfação com o padrão de comunicação: “Considerando tudo o que falamos, e numa escala de 1 a 10 em que 1 é nada satisfeita e 10 totalmente satisfeita, quão satisfeita se sente com a forma como comunica com

o PP?” e “Usando a mesma escala, que valor é que o PP atribui?”, ao qual ambos responderam 10. Foi então explorado este valor máximo e questionado o porquê de não atribuírem um inferior, que responderam “Porque não deixamos nada por dizer” e “Falamos sobre tudo”. Assim, tendo em consideração tudo o descrito foi possível formular o subdiagnóstico Comunicação Eficaz.

A avaliação da Interação Sexual iniciou-se pela indagação sobre a satisfação de ambos com o padrão de sexualidade: “Considerando o que falamos sobre o vosso relacionamento até agora e toda a vossa dinâmica, considero também importante que esta harmonia exista também na vossa intimidade. A sexualidade para além de ser algo íntimo, é também algo relevante durante esta vivência da gravidez e uma expressão da vossa conexão e amor. AS considera que aborda com o PP as suas inquietações nesta área do vosso relacionamento?”, prosseguiu-se com o questionamento circular para perceber o mesmo na perspetiva de PP, considerando ambos que falam e é um tema frequente das suas conversas. Nesta foi possível perceber e explorar dificuldades que identificaram no decorrer da gravidez de LP no último trimestre, como PP afirmou “Não sei se foi um bloqueio meu ou o que aconteceu, mas para o fim não consegui manter a atividade sexual, sem que por vergonha talvez, o tenha dito a AS na altura certa e surgiram dúvidas nela que eram desnecessárias”. Foi investigado se já teriam pensado como ultrapassar caso o mesmo ocorresse na atual gravidez que AS refere “Está tudo bem. Depois de termos falado, percebi o que ele sentiu e se voltar a acontecer será natural”, já PP refere “É por pouco tempo”. Face ao conhecimento sobre a sexualidade foram colocadas questões lineares e reflexivas sobre que desafios até ao momento teriam enfrentado a nível sexual, o que esperavam ainda vir a acontecer, bem como a satisfação de ambos face ao assunto. O que se traduziu no subdiagnóstico Interação Sexual Adequada. Face a tudo o exposto foi possível a formulação do diagnóstico Satisfação Conjugal Mantida, sendo uma força e recurso para esta família.

Na avaliação da Adaptação à Gravidez, foram avaliadas as dimensões do Conhecimento, Comunicação e Comportamentos de Adesão.

Os membros do casal demonstraram conhecimento face aos direitos sociais da gravidez, maternidade e paternidade uma vez que AS refere que vai estar de licença de maternidade durante quatro meses, contudo reconhece que “Nunca foi minha intenção colocar mais que isto, no entanto se precisar sei que posso alargar este tempo mais um mês ou ainda mais os meses que são mais mal pagos”. Já o PP no decorrer da consulta refere que têm um excelente acompanhamento, sendo as consultas e exames gratuitos. À questão sobre o tempo a ficar em

casa após o nascimento mostra conhecimento, “Vinte dias para eu ficar, só ainda não decidi se vou ficar seguidos ou não”. Igualmente foi demonstrado o conhecimento de ambos sobre as etapas de adaptação à gravidez tendo referido as alterações que já ultrapassaram, as que estão para vir e ainda as que acreditam que se irão manter como “Tal como da outra vez, as náuseas e os enjoos não ficaram no primeiro trimestre e acredito que vai ser assim até nascer”, tal como aconteceu face ao conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério. Já às questões relacionadas com as alterações fisiológicas a AS demonstrou saber variadas alterações fisiológicas, como o aumento da frequência respiratória, “Fica mais difícil de respirar, os pulmões devem ficar mais apertadinhos”, maior urgência urinária “Lá para o fim, não saio da casa de banho”, o peso aumentado com consequente dor nas costas e pernas. Reconhece também a hiperpigmentação da pele, “Na gravidez da LP apareceram-me umas manchas em algumas zonas do corpo”. Ao tentar perceber o conhecimento sobre a nova etapa do ciclo vital, foi perceptível a ausência do mesmo quando referiam não saber e acreditarem que não iria mudar muito. Foi decidido que seria relevante aumentar o conhecimento do casal sobre a nova etapa do ciclo vital pelo que foi proposta uma intervenção com recurso à técnica da escultura. Foi sugerido a AS e PP a realização de três representações que foram colocadas em esboço, na figura 10, para posteriormente as poderem visualizar. Foi assim inicialmente pedido ao casal que formassem uma imagem de interação entre os dois dos tempos em que ainda não eram pais (início do casamento) – a AS e o PP ficaram lado a lado, juntos a abraçarem-se; de seguida foi solicitado que representassem uma figura

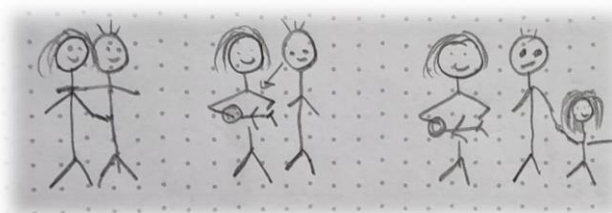


FIGURA 10: Esboço da escultura da família H

de quando a LP nasceu – A AS simulou que a menina estava no seu colo e o PP a olhar para a filha de lado e por último foi solicitado que representem a família com os quatro, já depois do menino nascer – O PP simula que está de mão dada com a LP e a AS fica ao lado com o bebé ao colo. Questionados sobre como se viam no esboço, AS afirma “Vejo uma família feliz. E sempre unidos” enquanto PP responde “Enquanto casal estávamos mais juntos aqui no início. Mas gosto do que vejo”. Aproveitando a sequência apresentada foi explanado ao casal a própria evolução da família deles, incorporando os desafios que cada etapa lhes trouxe e que a nova trará. Tal como sugere a literatura esta nova etapa do ciclo vital representa um momento de entropia e de adaptação, onde se pode verificar a aproximação do pai à filha mais velha e consequente aumento das tarefas que realiza com a mesma. Foi explorado como é que a AS se sente ao ver

a última imagem “Ansiosa, vejo-me a dar mais atenção ao bebé do que à LP, e ela é que sente mais”, foi normalizado esse sentimento e que é natural isso acontecer pelas necessidades que o novo filho tem inerentes à mãe, como a amamentação, por exemplo. Aproveitou-se para explorar estratégias com a AS para quando este momento for real esse sentimento seja colmatado, como envolver a LP nas atividades com o irmão, dispensar atenção a LP nem que seja nas atividades simples do dia-a-dia, aproveitar momentos com a filha quando existem tarefas com o filho que possam ser realizadas pelo PP, como a título de exemplo se pode referir a troca de fralda. Foi avaliado ainda o conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez com recurso a questões lineares e circulares sobre a importância deste acompanhamento, tendo mesmo PP referido “Sim. Hoje em dia a gravidez e o nascimento correm bem, porque existe todo este acompanhamento e conhecimento. Antigamente morriam muitos bebés e até mães porque não se fazia a vigilância nem se sabia nada”. Na primeira consulta com esta família foi possível de avaliar o conhecimento sobre o curso de preparação para o parto, explorando os aspetos que os sabiam sobre o assunto. Mostraram conhecimento já adquirido da gravidez anterior e foi efetuado o encaminhamento através do programa informático SClinico® para o referido curso que se realiza numa UCC da ULS. Quando questionados sobre o desenvolvimento fetal correspondente às 21 semanas de gestação, demonstraram total conhecimento e atribuíram o mesmo ao facto de utilizarem uma aplicação no telemóvel desde o início da gravidez. Quanto à vigilância de saúde do recém-nascido, AS e PP referiram importância das consultas, rastreio de doenças metabólicas e vacinação, bem como afirmaram ainda que têm termómetro de ponta flexível para vigiar temperatura corporal (com menção ao valor ao qual é considerada febre e que nesse caso, sendo o bebé recém-nascido se devem dirigir ao Serviço de Urgência). O conhecimento sobre prevenção de acidentes e alimentação do recém-nascido, foi igualmente demonstrado. Não acontecendo o mesmo para a preparação do enxoval, uma vez que na abordagem foi possível perceber que AS e PP sabiam algumas coisas essenciais para colocar na mala, no entanto em momento algum mencionaram os documentos necessários a levar e mesmo quando explorado à necessidade de sair da maternidade com a cadeira. Foi por isso complementada a informação sobre a temática e fornecido o folheto utilizado na unidade com toda a informação. Com a avaliação destes itens foi então possível formular o subdiagnóstico: Conhecimento sobre Adaptação à Gravidez Não Demonstrado.

A dimensão da comunicação foi explorada ao longo da avaliação anteriormente descrita, sendo perceptível que AS e PP partilham as suas expectativas e receios inerentes a esta fase que estão a vivenciar e se apoiam mutuamente, emergindo o subdiagnóstico Comunicação Eficaz.

O subdiagnóstico Comportamentos de Adesão Demonstrado foi também identificado, uma vez que AS iniciou o curso de preparação para o parto, foi assídua às consultas e revelou estar a preparar o enxoval.

Assim e após todas estas dimensões avaliadas, foi possível formular o diagnóstico Adaptação à Gravidez Não Adequada relacionada com Conhecimento não demonstrado. Foi por isto e tal como descrito necessário informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebé bem como ensinar o casal sobre nova etapa do ciclo vital recorrendo-se à escultura para concretização do mesmo.

Focando agora na Dimensão Funcional, a avaliação centrou-se na área de atenção Processo Familiar com destaque no *Coping* Familiar, sustentado na informação colhida sobre a família extensa sobre o conflito de AS com JS. A atividade diagnóstica foi efetuada com recurso a questões lineares, reflexivas e circulares. AS afirma "... Ele bebe demais. E isto é muito frequente, não é só em festas e assim. Odeio a forma como aborda a LP quando está assim ... Agora tenho o dobro do medo que se aproxime do bebé quando nascer". Prosseguiu-se questionando: "Como se sente quando pensa ou fala sobre este problema do seu pai?", ao que AS revelou "Mal. Nervosa. Não sei mais o que fazer", seguiu-se "Refere não saber mais o que fazer, correto? Consegue identificar algo que já tenha feito no sentido de tentar não se sentir dessa forma?" respondeu "... Já tentei ignorar (impossível), já tentei conversar com ele e não deu em nada". "Depois dessa conversa, como se sentiu?", afirmou "De uma forma geral, melhor. No imediato porque até achei que ia resultar, depois apenas porque me mentalizei que fiz o que me pareceu mais correto e tentei". "A forma como vê o seu pai, alterou após esse momento de partilha com ele?" ao qual AS referiu não, mantendo a visão dele de alcoólico e que "Só pensa nele, nem com a minha mãe se preocupa". Foi aqui identificada uma crença dificultadora em relação a este problema que é o alcoolismo pelo que se considerou neste momento aumentar o conhecimento de AS sobre o mesmo. Considerado como doença e multifatorial pela OMS, esta não afeta apenas o indivíduo, mas também a família com quem contacta (Silva et al., 2020). Os mesmos autores referem que esta instabilidade do consumidor causa medo e insegurança o que contribuiu para o afastamento dos familiares, pelo que se considera a importância de dotar os mesmos de conhecimento, tal como se veio a comprovar na continuidade desta avaliação. "E neste momento concreto, em que está grávida, de que modo considera que está a vivenciar esse problema?" o qual afirma "Mal. E considero que quanto mais próximo do parto estiver, vai piorar" pelo que se seguiu "Tem falado sobre isso com o PP?" e "PP, como se sente com esta partilha?". Ressalva-se aqui a resposta de PP "Temos falado muito sobre isto. Já tentamos

arranjar mil soluções, até já ponderamos mudar de casa e é um fator que ainda não está fora do baralho”. “Consideram que este facto tem impacto na vossa vida enquanto casal?”, AS diz “Para mim sim. Penso que nem sempre estou bem para eles por causa disto” e PP afirma “Quer se queira ou não, tem”, foi então oportuno questionar “Como o têm ultrapassado em conjunto?” que se obteve como resposta “Conversando muito”. Nesta avaliação foi possível perceber que o *Coping* Familiar é Eficaz, sendo um recurso para esta família. Assim os dados foram apresentados com o objetivo de ressignificar o problema identificado de forma que AS o passe a assumir como doença e assim o construa como não dificultador bem como usar outros recursos na família, como PS e MG, para que todas possam apoiar e falar sobre o assunto, tendo sido ainda sugeridas algumas estratégias como a redução de estímulos que levam JS ao consumo. Nesta avaliação e intervenção familiar, não existiram consultas seguintes a esta para que fosse possível a avaliação dos resultados para as intervenções implementadas.

Tal como aconteceu com as outras três famílias, nesta não foi diferente e a par com a avaliação e intervenção familiar foram igualmente prestados cuidados aos membros da família, neste caso a AS. AS também desconhece alergias, nunca fumou, não consome bebidas alcoólicas e não é imune à toxoplasmose. Sabendo que os cuidados protocolados para consultas de acompanhamento à mulher grávida foram prestados sem alterações que mereçam destaque, ressalva-se a avaliação que careceu de intervenção. AS demonstrou desconforto relacionado com a queda percecionada de cabelo. Foi questionada sobre “Que impacto considera que o facto de estar a perder cabelo tem em si?” referiu “Estou receosa. O que me deixa também mais triste, cai mesmo muito, então na hora do banho ... “. “Percebo o seu receio, pelo que gostaria de entender se neste momento, quando se olha ao espelho, perceciona alguma alteração a esse nível?” tendo respondido “Não. Só mesmo quando toco”. “Recorda-se de alguma vez na sua vida que isto já tenha acontecido?”, após uns minutos a pensar AS afirma “Hum... Sim. Quando a LS nasceu, passado umas semanas aconteceu isso”, questionou-se de seguida “E como foi na altura?”, disse “Não fiz nada de especial. Tentava não fazer penteados que puxassem muito o cabelo e ... acho que foi isso”. Foi assim afirmado: “Exatamente e tal como já vivenciou, essa perda de cabelo é usual tanto na gravidez como no pós-parto devido às alterações hormonais que também já falamos. Gostaria, no entanto, de a lembrar que tal como aconteceu da outra vez, esta condição é habitualmente reversível e temporária. Lembre-se também de aproveitar este tempo para cuidar de si e fazer o que mais gosta que certamente também irá ajudar. Até agora tem feito um ótimo trabalho com todas as alterações que tem vivenciado mesmo sabendo que é um período em que preocupações e dúvidas podem ir surgindo”. Foi assim formulado o

diagnóstico de processo corporal comprometido relacionado com queda acentuada de cabelo pelo que foi decidido reforçar informação sobre questões hormonais na gravidez e incentivar a prática de exercício físico / atividades de lazer que promovam o relaxamento. Esta queda de cabelo pode ocorrer tanto na gravidez como no pós-parto, sendo muitas vezes causador de sofrimento para a mulher (Ribeiro, 2023). Considerando as 27 semanas de gravidez, a AS mantém náusea que surgiu no primeiro trimestre, acrescentando ainda o facto que refere “Enjoei a carne, não consigo mesmo comer”. Para esta avaliação foram utilizadas questões lineares, como, “Com que frequência se sente nauseada?”, “Existe algo que associe ao seu agravamento, como alimentos, cheiros ou até atividades?” e ainda “E que alivie? Existe algo que não a faça sentir tão nauseada?”. AS refere náusea, sem especificação de hora do dia que sinta agravamento, e afirma sentir que alimentos ácidos, como laranja ou algumas bebidas com limão, aliviam a sensação de desconforto. Foi também explorado com AS alternativas à ingestão de carne de forma que mantenha um aporte nutricional adequado ao longo da gestação. Foi assim identificado o Padrão Alimentar Comprometido e necessário ensinar sobre hábitos alimentares (fazer pequenas refeições em ambientes arejados; restringir alimentos com odores fortes; evitar café, chá preto e verde e chocolate; evitar alimentos com muita gordura) e hidratação, tal como indicações da DGS (Ministério da Saúde, 2021). Assim, uma vez que inerente ao aparecimento da gonadotrofina crónica o aumento de progesterona e estrogénio aumenta a possibilidade de surgirem náuseas importa enquanto profissional estar atento para que isto não se traduza em carência alimentar com consequentes efeitos negativos pelo facto de existir gravidez (Revell, 2017; Vaz, 2019).

3.1.3 Avaliação e Intervenção em famílias em transição para a parentalidade: resultados obtidos

No âmbito da avaliação e intervenção realizada nestas quatro famílias em transição para a parentalidade é considerado fulcral a sua explanação de forma sintetizada pelo que serão apresentados os resultados obtidos.

No gráfico 1 e face às dimensões de avaliação da matriz operativa do MDAIF, demonstra-se a sua taxa de utilização (número de famílias avaliadas por área da atenção face ao número total de famílias avaliadas).

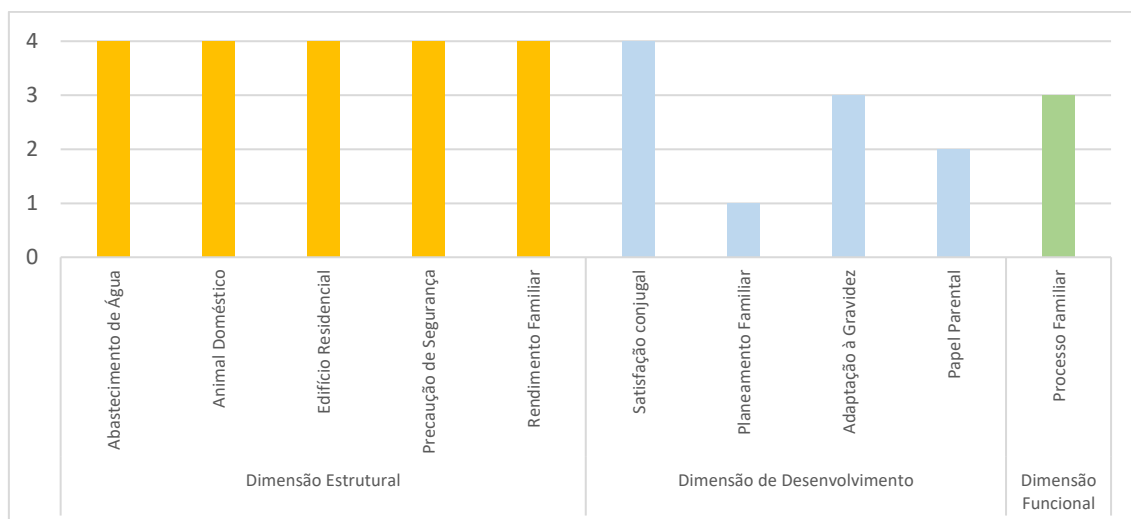


GRÁFICO 1: Dimensões de avaliação e respectivas áreas de atenção

Tal como apresentado, todas as famílias foram avaliadas em todas as áreas de atenção da Dimensão Estrutural, correspondendo a uma taxa de avaliação de 100%. Centrando na Dimensão de Desenvolvimento, a área de atenção Satisfação Conjugal tem uma taxa de avaliação de 100%, a Adaptação à Gravidez corresponde a uma taxa de avaliação de 75,0%, uma vez que numa das famílias o bebé nasceu antes da sua avaliação, enquanto Papel Parental apresenta uma taxa de avaliação de 50,0%, correspondendo às duas famílias em que o parto aconteceu no decorrer do estágio e o Planeamento Familiar surge com apenas 25,0%. Já na Dimensão Funcional, a área de atenção Processo Familiar foi avaliada em 75,0% das famílias.

Na avaliação ocorrida nestas famílias ressalva-se ainda a sua classificação quanto ao tipo de família, classe social e etapa do ciclo vital, tal como apresentado no gráfico 2.

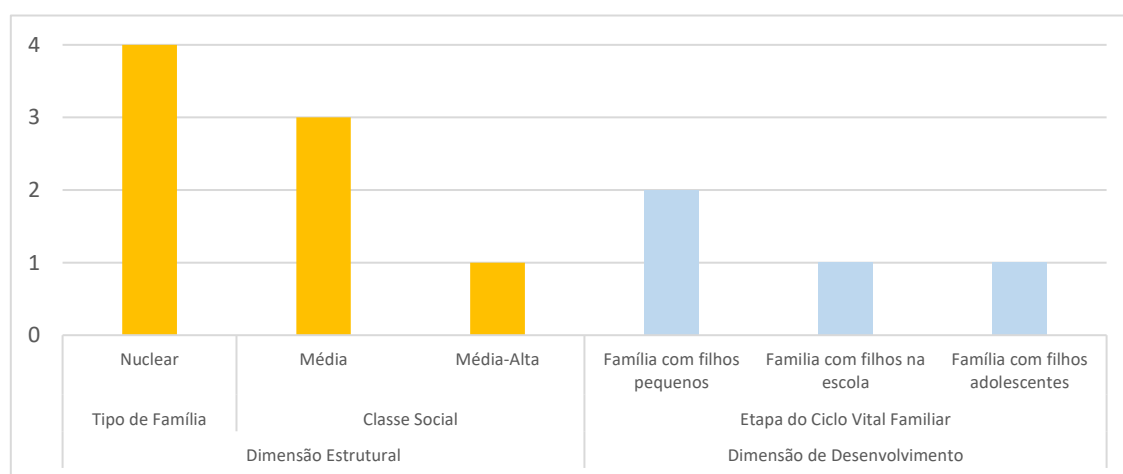


GRÁFICO 2: Tipo de Família, Classe Social e Etapa do Ciclo Vital Familiar

Nesta avaliação, a totalidade das famílias eram do tipo nuclear, o que confirma a prevalência maior deste tipo de família nos Censos de 2021 (45,3%) relativamente aos outros tipos familiares (INE, 2022). A Classe Social predominante nestas quatro famílias é a Classe Social Média, correspondendo a 75,0% (3) das famílias e apenas 25,0% (1) pertence à Classe Social Média-Alta. Analisando a Etapa do Ciclo Vital destas famílias, 50,0% (2) encontram-se na Etapa de Família com Filhos Pequenos, 25,0% (1) corresponde à etapa Família com Filhos na Escola assim como Família com Filhos Adolescentes. De acordo com Silva (2015), as famílias nas primeiras etapas tendem a ser mais competentes, saudáveis e satisfeitas com a forma como comunicam, com o evoluir do ciclo vital há uma diminuição da coesão das famílias.

O gráfico 3, apresenta os diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural e de desenvolvimento.

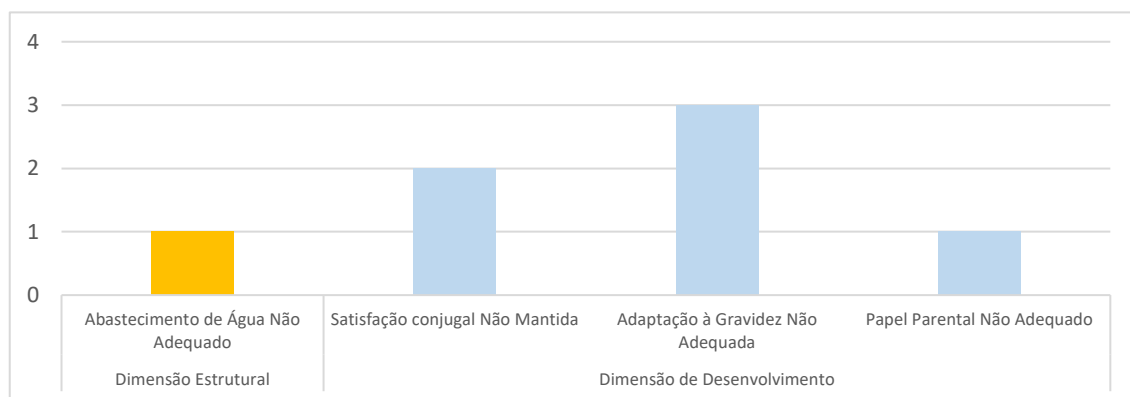


GRÁFICO 3: Diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural e de desenvolvimento

Tal como apresentado, na Dimensão Estrutural foi formulado apenas um diagnóstico que requereu intervenção, nomeadamente Abastecimento de Água Não Adequado, correspondendo a uma taxa de prevalência de 25,0% (1). No que concerne à Dimensão de Desenvolvimento, foi formulado o diagnóstico Adaptação à Gravidez Não Adequada em 75,0% (3) das famílias, Satisfação Conjugal Não Mantida em 50,0% (2) das famílias e Papel Parental Não Adequado em apenas uma família, o que corresponde à formulação de diagnósticos com necessidade de intervenção em todas as famílias. A Dimensão Funcional tal como apresentado não careceu de intervenção de enfermagem.

Neste âmbito, é apresentado o gráfico 4, que oferece uma representação das diferentes intervenções realizadas.

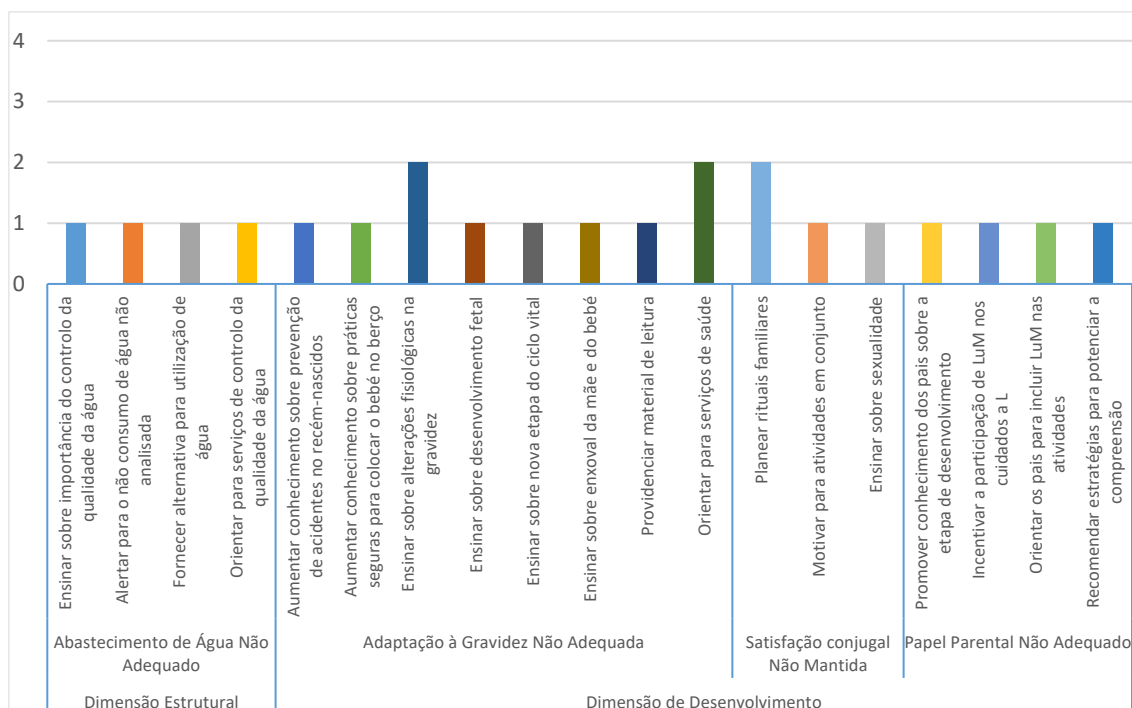


GRÁFICO 4: Intervenções de enfermagem nas dimensões estrutural e desenvolvimento

Tal como apresentado, as famílias comprovaram a diversidade e especificidade de cada uma, tendo apresentado necessidades distintas, cada uma delas careceu de capacitação diferente, nas diferentes temáticas descritas.

Sendo que estas necessidades de intervenção surgiram por conhecimento não demonstrado, foi necessário promover o aumento do mesmo, tal como descrito nos planos de cuidados apresentados. Sintetizam-se assim as técnicas que concretizam as intervenções no gráfico 5.

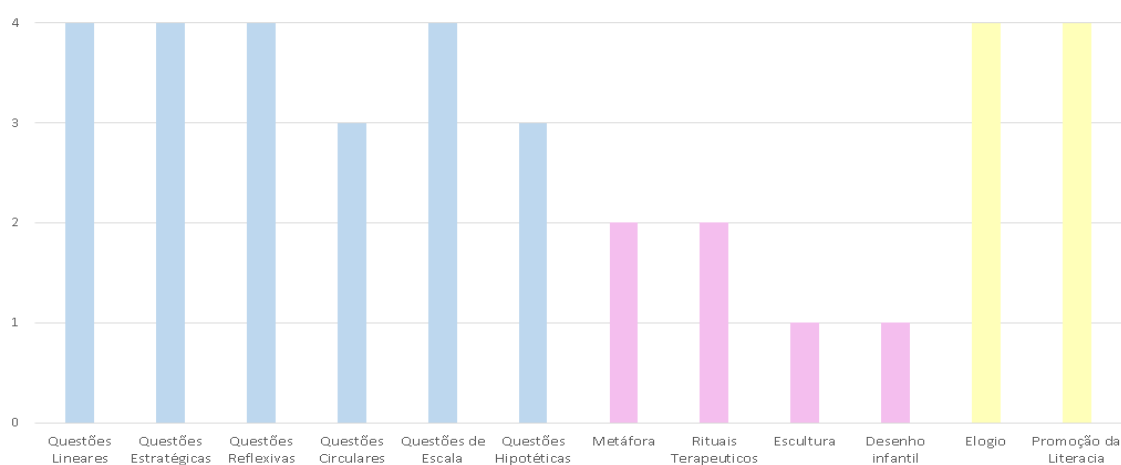


GRÁFICO 5: Atividades que concretizam as intervenções

Tal como apresentado no gráfico 5, as questões circulares e hipotéticas aconteceram em 75,0% (3) das famílias e os restantes tipos de questões foram aplicadas em 100,0% (4) das famílias. A metáfora foi utilizada em 50,0% (2) das famílias tal como o ritual e a escultura foi utilizada em apenas uma família cada. Utilizou-se o desenho infantil em 25,0% (1) das famílias. O recurso ao elogio e promoção da literacia aconteceram em 100,0% (4) das famílias.

Da prestação de cuidados à família e aos membros da família, emergiram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados, gráfico 6.

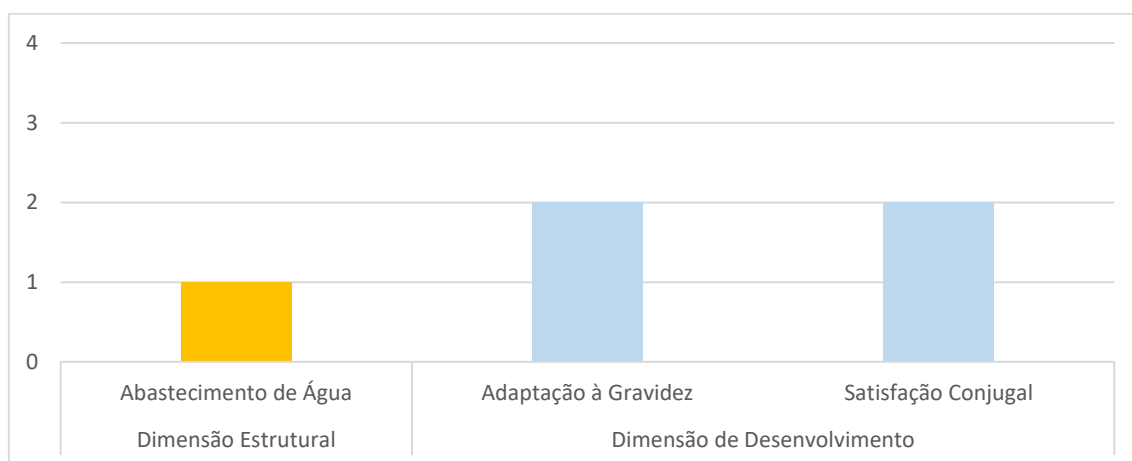


GRÁFICO 6: Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF

Como se constata, o diagnóstico de abastecimento de água não adequado foi reformulado para adequado. No que se refere a adaptação à gravidez esta reformulação foi possível em duas das famílias, não sendo em uma das avaliadas pelo facto de não poder ser novamente validado enquanto a mulher se encontrava grávida, sendo na mesma essas intervenções comprovadas na avaliação do papel parental. A reformulação do diagnóstico da satisfação conjugal também foi possível em 50% das famílias.

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

Tal como descrito no regulamento de competências específicas do EEECESF, é fundamental considerar que o enfermeiro gere, articula e também mobiliza os recursos necessários para a

sua prática. Aqui o EEECESF, promove uma atuação interdisciplinar entre equipas de saúde, referenciando sempre que assim a situação o exija e orientando a família de forma adequada. Deve ainda gerir os cuidados aos diferentes níveis de prevenção tendo participação ativa no planeamento e desenvolvimento de processos de mentoria, organização, formação e utilização de sistemas de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.2.1 Articulação com as demais equipas de saúde mobilizando recursos necessários para a prestação de cuidados à família

Os enfermeiros que visam a sua atuação na família devem considerar uma abordagem holística centrada no seu alvo de cuidados desenvolvendo uma vasta panóplia de habilidades e numa abordagem interprofissional (Schlunegger et al., 2022).

Considera-se importante ressaltar a dinâmica interna estabelecida na USF, ressaltando a colaboração entre equipa de enfermagem e médica sempre que necessária após identificação de alguma necessidade que o exija, onde o enfermeiro visa a resolução de problemas de forma oportuna dentro da equipa a que se vincula (Amorim et al., 2021). Neste cambio de informação importa também ressaltar os registos no SClínico®, sendo desde logo estabelecida a ponte entre equipa de enfermagem e equipa médica, onde ambas conseguem a visualização e utilização de informação relevante colhida para a prestação de cuidados.

No decorrer da prestação de cuidados foi também necessário o encaminhamento / referência dos membros das famílias para outros profissionais de acordo com as necessidades encontradas. Que, considerando a especificidade destas famílias em transição para a parentalidade, importa ressaltar a articulação com a equipa da UCC. Na procura por um equilíbrio entre a componente física e psicológica favorecendo uma transição positiva com o empoderamento das famílias pelo aumento da confiança e competências, surge o encaminhamento para o curso de preparação para o parto (Lei nº 110/2019; Frias et al., 2021b). Ainda com a mesma equipa, esta articulação acontece para o projeto da massagem infantil, que para além do fortalecimento do vínculo estabelecido entre bebé-pais, surge como benéfica para o desenvolvimento físico, psicológico e emocional da criança (Lestari et al., 2021).

Não diretamente com uma equipa de saúde, mas igualmente relevante na manutenção da saúde da família surgiu ainda nesta prestação de cuidados o encaminhamento para o serviço de

tratamento de águas do município de atuação da USF, uma vez identificada a lacuna inerente ao consumo de água adequado na avaliação de uma das famílias.

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

Uma gestão adequada do sistema de cuidados de saúde da família desempenha um papel fundamental. É neste âmbito que surge a necessidade na USF, de enquanto equipa multiprofissional, criar uma linha de orientação organizacional e clínica, daí o desenvolvimento dos PAI. Com a atenção centrada no proposto de colaborar na concretização do PAI intitulado “Qualidade da vigilância das grávidas na USF ...” desta unidade, visou-se colaborar para colmatar uma das falhas identificadas, concretamente a não realização das cinco consultas de vigilância de gravidez mais uma no puerpério, perfazendo as seis, uma vez que nem todas completavam o número pretendido, ficando aquém do esperado. Foi neste contexto elaborado um documento de *Excel*®, criado com o objetivo de dar suporte à equipa de Enfermagem. Este documento contemplava informação relativa à identificação da família / mulher grávida, o número de consultas mínimo para o cumprimento do objetivo traçado (gravidez + puerpério), espaço para identificação do grupo sanguíneo e respetiva imunização quando adequado e ainda local para preenchimento da imunização da vacina contra a tosse convulsa preconizada (Anexo III). Considera-se que a utilização deste documento contribuiu para uma maior eficácia da equipa de enfermagem permitindo uma maior organização / gestão dos *timings* das consultas, um melhor controlo do cumprimento das diferentes necessidades assim como a assiduidade às mesmas. Concretamente, abordando as quatro famílias em transição para a parentalidade acompanhadas neste estágio de natureza profissional, foi preenchido o referido documento e perceptível o contributo para o cumprimento do objetivo desta USF uma vez que nestas, 75,0% (3) das famílias concretizaram todos os agendamentos previstos e apenas 25,0% (1) das famílias faltou a agendamentos (não comparecendo a consultas programadas), no entanto, por nova tentativa de convocação e até por abordagem oportunista foi igualmente atingido o objetivo traçado. Com o preenchimento do documento foi passível de facilmente detetar o incumprimento e adotar medidas no sentido da sua resolução de forma que o objetivo fosse cumprido. Pode-se assim referir, que a totalidade das famílias alvo de avaliação e intervenção

familiar aqui retratadas contribuíram para o alcance da meta proposta aquando da realização deste PAI pela USF, cumprindo todas elas o número esperado de consultas até à data de término do estágio. O sucesso alcançado com o contributo destas famílias sustenta a disseminação do documento pela restante equipa de forma que aplicado a todas as famílias em transição para a parentalidade se possa traduzir no objetivo a que se prepuseram alcançar. Acredita-se ser um documento que permite a esta equipa a melhoria do acompanhamento prestado, pela facilidade de visualização face às necessidades inerentes ao acompanhamento prestado. Posteriormente, após divulgação pela equipa, este documento foi adaptado para assim conseguir dar resposta a todas as vertentes enunciadas para melhoria no PAI. Neste passaram a constar campos de registo inerentes também aos campos de melhoria da equipa médica, como registo da realização de análises e ecografias nos três trimestres (Anexo IV). Mostrou-se desta forma como um documento útil pela gestão e partilha da informação, que facilitou a identificação de falhas e consequentes oportunidades de melhoria.

Os avanços tecnológicos constantes impactam todas as áreas e na saúde não é diferente, onde o mundo digital ocupa lugar de destaque em todo o mundo. No desafio da transformação digital impõe-se a constante modernização de recursos e meios que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Moreira, 2016; Matos & Nunes, 2018; Passos, 2019). O que se traduz na utilização de tecnologia digital pelos profissionais de saúde como recurso facilitador da organização com o intuito de melhorar a sua prática, sendo um contributo para a construção do processo de enfermagem (Delphino, 2016; OMS, 2019). Como forma inovadora associada ao cuidar, impõe-se a sua exploração e expansão iminentemente ligada à melhor evidência científica disponível (Oliveira et al., 2016b; Tenório et al., 2019; Kernebeck et al., 2020). O desenvolvimento de tecnologia digital que otimize o tempo e agilidade do trabalho do enfermeiro é cada vez mais uma realidade ambicionada (Paschoal et al., 2022). Concretamente no que se adequa ao contexto do acompanhamento de famílias em transição para a parentalidade, fazendo uma pesquisa, surgem imensas aplicações móveis para utilização pela ótica do cliente e não do profissional, sendo até considerada a gravidez como o momento inerente ao estado de saúde que apresenta maior número de aplicações disponíveis e que estão amplamente disseminadas e utilizados pela mulher (Ferreira, 2023; Amaro et al., 2023). Nestas, é-lhes possível acompanhar a evolução da gravidez, consultar listas para preparação de enxoval para parto e pós-parto, registo de contrações, entre muito mais. Ademais e de forma a potenciar resultados satisfatórios para as famílias alvo de cuidados importa que também o enfermeiro se aproprie de recursos tecnológicos, que visem a sua capacitação e apoio na tomada de decisão,

o que parece ser uma realidade emergente. Uma vez que esta classe profissional está recetiva à sua utilização fundamenta-se a necessidade da construção de novas aplicações móveis pela ótica do profissional de enfermagem, indo de encontro ao contexto em que é inexistente, como é o caso da ESF (Silva et al., 2018; Lima & Barbosa, 2019; Domingos et al., 2022). Atentando nestas premissas e onde atualmente imperam cada vez mais desafios e de maior complexidade defende-se uma prática baseada na evidência que visa maior eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções implementadas permitindo a resolução de problemas inerentes à prática (Sousa et al., 2018; Pereira, 2021). Assim, na sua prestação de cuidados, os enfermeiros têm dever de implementar esta evidencia mais atual, formulando um juízo clínico de acordo com as preferências e valores do seu público alvo (Sousa et al., 2018). Esperando ir de encontro ao descrito e com o intuito de maior apropriação nesta temática foi iniciada uma *Scoping Review*. Intitulada “Contributo das aplicações móveis para a formação e desenvolvimento de competências práticas dos enfermeiros – protocolo de Scoping Review”, que se encontra registado na *Open Science Framework* (OSF) *Registries* acessível através de <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/N67ZX>, registado a 15 de janeiro de 2024. Sustentada na estrutura metodológica de *Joanna Briggs Institute*® (JBI) definiram-se os critérios de elegibilidade com base na população relevante (P), no conceito central (C) e no contexto (C), reconhecida como a mnemónica PCC, uma vez que esta se considera relevante para a organização dos estudos e do seu mapeamento (Apóstolo, 2017; JBI, 2020). Atentando nesta premissa decidiu-se incluir estudos sobre enfermeiros (P), sobre aplicativos móveis (C) e que contemplem a formação e prática clínica (C), dando assim o mote para a formulação da questão de pesquisa “Qual o contributo das aplicações móveis para a formação/aprendizagem ou para as práticas/desenvolvimento de competências dos enfermeiros?”, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre o contributo das aplicações móveis para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nos contextos formativos e clínicos.

Neste contexto, fruto desta vontade e da necessidade identificada, surge a projeção e elaboração daquela que se espera vir a ser uma aplicação móvel útil para a prática clínica dos enfermeiros, derivada da agregação das palavras família e aplicação, surge a designada *FamiliApp*. Sendo uma aplicação concebida com atenção nos profissionais de enfermagem e atentando na sua aplicabilidade considera-se relevante que a sua criação se alicerçasse com estes profissionais, sendo assim considerado o seu desenvolvimento não de forma isolada, mas sustentada pelo trabalho de equipa. Suportada neste esforço coletivo, beneficiou do conhecimento de todas, pela troca de ideias e discussão de perspetivas. Até à sua apresentação

à equipa da USF, foi elaborado um plano de *marketing* que visa o planeamento de estratégias a serem implementadas para alcançar a sua concretização. Surge para apoiar a avaliação e intervenção dos enfermeiros naqueles que são os cuidados à família e pretende-se que seja um recurso facilitador naquela que é a prática já existente e ajude a sustentar o registo possível no programa de Saúde da Família já existente no SClinico®. Como algo inovador nesta área, recorreu-se à ferramenta *branding* para a criação de uma imagem que o represente, é assim que surge o seu logotipo, representado na figura 11.



FIGURA 11: Logotipo FamiliApp

Numa tentativa de explorar as potencialidades desta aplicação móvel, recorreu-se à ferramenta de gestão: Análise *SWOT*, representada na figura 12. Com esta análise tenta-se apresentar uma visão abrangente dos fatores que podem impactar o sucesso da *FamiliApp*, aproveitando a mesma para maximizar as forças e explorar as oportunidades bem como minimizar as fraquezas e ameaças. Com o recurso a este tipo de análise, possibilita-se a visão geral da potencialidade estratégica do plano traçado.

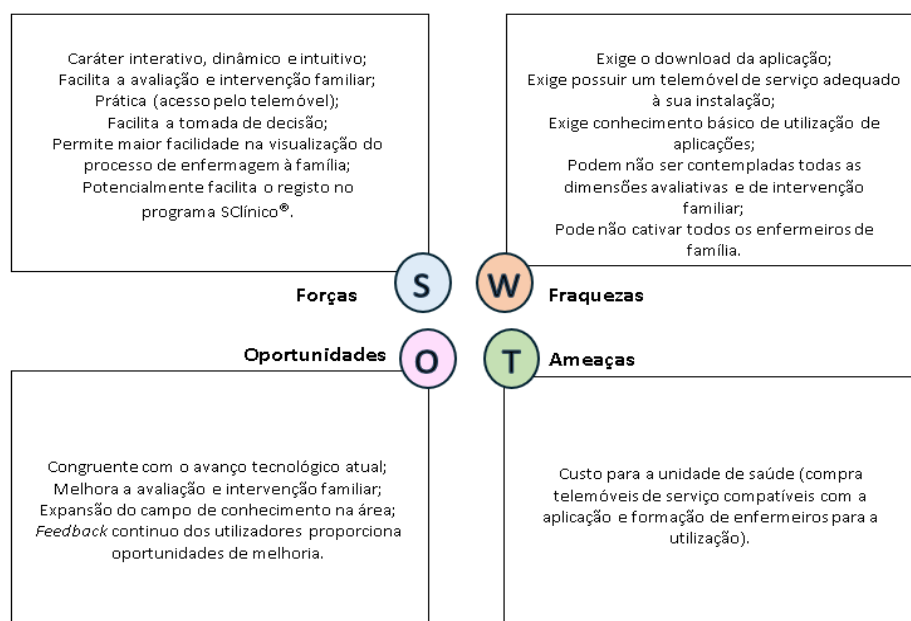


FIGURA 12: Análise SWOT à aplicação

É a partir daqui que se inicia o desenvolvimento desta aplicação que se prevê como útil para o apoio ao contexto clínico que visa. Sustentada na matriz operativa do MDAIF, pretende-se que esta aplicação móvel num futuro pouco longínquo sirva de apoio à prática clínica do enfermeiro, sustentando aquele que é o processo de enfermagem. Após fazer *download* da aplicação, o enfermeiro deverá criar a sua conta e a partir daí estará pronta a sua utilização. Nesta, será então possível consultar apenas a matriz operativa que a sustenta ou então efetuar login e a partir daí criar / consultar perfis familiares. Para isto, e tendo em conta a proteção de dados, as famílias poderão ser identificadas através de letras, números ou nomes fictícios. Estes perfis darão possibilidade ao enfermeiro de efetuar os devidos registos inerentes a cada dimensão avaliativa, bem como seguir hiperligações para consolidar a informação, como a título de exemplo se pode referir o Genograma, Ecomapa, Escala de Faces, entre outros. Esta aplicação permitirá ainda que para além da avaliação, através de critérios de diagnóstico previamente definidos sejam sugeridas hipóteses de intervenção. Projeta-se ainda a possibilidade de extrair toda a informação registada através de um formato *Portable Document Format*, habitualmente reconhecido como PDF. A *FamiliApp* permite assim ao Enfermeiro, com recurso ao uso de um *SmartPhone*, o acesso a toda a informação relevante de avaliação e intervenção específicas daquela família, apoiando o processo de enfermagem. Espera-se que assim, seja proporcionado ao enfermeiro uma maior agilidade e apropriação mantendo a segurança do cliente de cuidados e otimizando aquela que é a sua prática. A *FamiliApp* está agora em fase de desenvolvimento e crescimento, sendo que no momento se apresenta na sua versão-teste.

Totalmente desenvolvida no decorrer destes estágios de natureza profissional, considerou-se importante desenvolver um questionário de avaliação das necessidades - formulário via *Goggle Forms* (Anexo V) para reconhecer o estado do conhecimento que detinham sobre a temática e necessidade de formação sobre a mesma para uma melhor compreensão e enquadramento da aplicação desenvolvida. O formulário era constituído por 25 questões, das quais sete eram perguntas fechadas para caracterização do enfermeiro, que foi avaliada através das seguintes variáveis: intervalo de idade, sexo, tempo de exercício profissional total em CSP bem como especialidade, de forma que fosse preenchido de forma anónima, tal como apresentado na tabela 3.

TABELA 3: Caracterização dos enfermeiros da USF

Variáveis		Frequência Absoluta (n=6)	Frequência Relativa (%)
Idade (Anos)	31-40	1	16,7
	41-50	5	83,3
Sexo	Masculino	1	16,7
	Feminino	5	83,3
Tempo Exercício Profissional (Anos)	11-20	3	50,0
	21-30	3	50,0
Tempo de Exercício Profissional em CSP (Anos)	1-10	2	33,3
	11-20	3	50,0
	21-30	1	16,7
Habilitações Académicas	Licenciatura	4	66,7
	Mestrado	2	33,3
Título de Enfermeiro Especialista pela OE	Sim	2	33,3
	Não	4	66,7
Área de Especialidade	Comunitária	1	16,7
	Saúde Familiar	1	16,7

Fonte: Elaboração Própria

Neste, solicitou-se também a descrição de família, saúde familiar e cuidados de enfermagem à família, a sua perspetiva de competência na abordagem à família como cliente, formação e conhecimento sobre avaliação e intervenção familiar e modelos em uso, utilidade de aplicações móveis, a sua competência na utilização bem como respetiva utilidade de uma aplicação com orientações sobre o processo de enfermagem (dados, diagnósticos, intervenções) segundo um modelo e pertinência de formação sobre a mesma. Tentou-se assim identificar o estado do conhecimento destes enfermeiros na temática, para identificar possíveis lacunas e aferir de forma mais eficiente a transmissão de conhecimento e consequente melhor empoderamento para a sua perceção da relevância da aplicação a apresentar. Pelos resultados obtidos, na descrição de família são abordadas duas grandes definições, como “indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco” e “conjunto de pessoas que coabitam o mesmo espaço”; quanto a saúde familiar descrevem na sua maioria como “bem estar físico, mental, psicológico ... e social” sendo também referido que é um “conceito complexo e difícil de explicar”; para estes enfermeiros cuidados de enfermagem à família centram-se na família para além do indivíduo e na necessidade de “intervir na mesma se necessário”. Seguiram-se questões direcionadas para perceber a competência para abordar o cliente família, conhecimento sobre modelos de avaliação e intervenção familiar bem como sobre aplicações móveis e a sua utilidade na prática, descritos na tabela 4.

TABELA 4: Necessidade de formação

Variáveis		Frequência Absoluta (n=6)	Frequência Relativa (%)
Grau de competência para abordar a família como cliente (Escala de 1 a 10)	6	2	33,3
	8	4	66,7
Formação sobre avaliação e intervenção familiar	Sim	5	83,3
	Não	1	16,7
Modelos que reconhecem de avaliação e intervenção familiar	MDAIF	5	83,3
	Nenhum	1	16,7
Consideram a utilidade de aplicações móveis na prática profissional	Sim	5	83,3
	Não	1	16,7
Utilizam aplicações móveis na prática	Não	6	100,0
Grau de competência para utilização de aplicações móveis (Escala de 1 a 10)	1	1	16,7
	7	3	50,0
	8	2	33,3
Utilidade em aceder a uma aplicação móvel com orientações sobre o processo de enfermagem (dados, diagnósticos, intervenções) segundo um modelo	Indiferente	2	33,3
	Concordam	2	33,3
	Concordam Totalmente	2	33,3
Que modelo consideram que seria adequado	MDAIF	4	66,7
	Não identificaram nenhum modelo	2	33,3
Utilidade de formação sobre a aplicação móvel	Sim	6	100,0

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os dados apresentados na tabela acima, importa ainda ressaltar que os enfermeiros que afirmaram ter formação sobre avaliação e intervenção familiar a mesma ocorreu nos cursos académicos que frequentaram bem como através de formação em serviço. Consideram também úteis as aplicações móveis por serem práticas, pela facilidade de documentação, por estarem facilmente disponíveis bem como pelo auxílio na tomada de decisão e melhoria de cuidados. Todos concordam que seria útil terem formação sobre uma aplicação móvel para “saber utilizar” e “aumentar o conhecimento científico”.

Assim, fez todo o sentido a sua apresentação e demonstração à equipa de enfermagem da USF, pelo que com este pressuposto, foi planeada (Anexo VI) e realizada uma sessão de formação em serviço que se intitulou “Um caminho para a Saúde Digital”. Concretizada no dia 23 de janeiro de 2024, contou com a presença dos seis elementos da equipa de enfermagem da USF, que posteriormente preencheram um questionário de avaliação da formação - formulário tipo *Google Forms* (Anexo VII) para avaliação da formação, mantendo o critério de anonimato. Os enfermeiros da USF consideraram este momento formativo útil e adequado quanto à sua duração e recurso a meios audiovisuais. Também para eles foi positivo a organização, clareza,

domínio dos conteúdos, capacidade para esclarecimento de dúvidas e adequação do tema. Daqui destaca-se ainda que a totalidade dos inquiridos considera que a utilização da aplicação móvel facilitaria o desenvolvimento da prática, utilizariam a *FamiliApp* bem como a consideram vantajosa para o desenvolvimento da ESF, facto que se considera de fulcral importância uma vez que se defende que os destinatários devem avaliar o conteúdo da aplicação e dar *feedback* para que desta forma se vise a constante evolução tecnológica e científica (Messner et al., 2020). Esta avaliação por meio da validação é imprescindível na área da saúde pois confere segurança e confiabilidade ao instrumento desenvolvido (Carmo & Fortes, 2023).

Com tudo o apresentado anteriormente e com o intuito de disseminar a partilha da ESF, considerando a constante procura de conhecimento nesta área, ressalva-se a importância da participação em congressos pois permite que o interveniente se atualize pelo conhecimento das tendências científicas tal como pela interação com os demais (Teixeira & Antunes, 2021). Estes eventos, são assim considerados, uma estratégia de comunicação capaz de empoderar a comunidade científica pela construção do conhecimento (Spiess & Mattedi, 2020). Ressalva-se assim a participação, enquanto formanda, em seminários e congressos na área de saúde familiar, apresentados no quadro 5, com referência ao evento, data de realização e respetiva duração.

QUADRO 5: Seminários, Congressos e Webinars

Evento	Data de realização	Números total horas
“1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar - ACeS Maia/Valongo” (Anexo VIII).	dezembro de 2022	08horas 30minutos
“NursID Spring School 2023”, com destaque no Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo IX)	maio de 2023	08horas
“2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar - ACeS Maia/Valongo” (Anexo X)	setembro de 2023	16horas
“V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo XI)	outubro de 2023	18horas 30 minutos
Webinar “Intervenção Sistémica à Família”, desenvolvido pela Escola Superior de Saúde Norte – Cruz Vermelha Portuguesa (Anexo XII)	janeiro de 2024	2 horas
“Consulta pré-natal e preparação para a parentalidade” Grupo Trofa Saúde (Anexo XIII)	junho de 2023	1 hora
“Gravidez em idade avançada” Grupo Trofa Saúde (Anexo XIV)	Julho de 2023	1 hora

Fonte: Elaboração Própria

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo, pretendeu-se explorar o contributo que as atividades desenvolvidas ao longo destes Estágios de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e II tiveram para o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF e comuns do enfermeiro especialista, deste modo, descreve-se e analisa-se o alcançado na teoria, a sua aplicação prática e o modo como contribuiu para alcançar os objetivos delineados.

Inerente à prestação de cuidados à família enquanto cliente, incorporou-se meteticulosamente a responsabilidade profissional, ética e legal. A competência profissional foi priorizada, assegurando que em cada decisão se pudesse incorporar os padrões éticos fundamentais ao exercício da enfermagem, como o respeito pela autonomia, beneficência / não maleficência e justiça. Assegurado desde logo pela vontade das famílias, em receberem cuidados de saúde para além do preconizado até então pela sua equipa de saúde, tendo os mesmos sido alargados a outros enfermeiros, assegurando sempre o bem maior para cada família. Igualmente na descrição da prestação de cuidados neste documento se pode ressaltar o princípio da confidencialidade quando a cada família e cada membro que a constitui é efetuada atribuição de letras que não permitem a sua identificação. Para isto, também se manteve a confidencialidade total no decorrer das consultas, este compromisso permitiu a confiança e o respeito no que foi o ambiente de cuidados.

Então, naquela que foi a interação com os membros das famílias, ressalva-se a importância da adoção de uma perspetiva sistémica centrada na família, onde para além das necessidades imediatas se almejou reconhecer a complexidade da unidade familiar. Explanado, na forma como na família H se avaliou e interveio face ao problema de alcoolismo identificado num membro da família extensa, reconhecendo recursos na família para a sua resolução. Procurou-se estabelecer uma relação de confiança, fundamental para fomentar o diálogo de forma que os membros se sentissem seguros de discutir temas que eles consideravam mais desafiadores, como na família D a partilha sobre as inseguranças que a CC sentia face à interação sexual, exprimir as suas preocupações, objetivos e desafios da forma mais natural possível. Almejou-se assim, daquela que foi esta interação, contribuir para uma prestação de cuidados cada vez mais efetiva, pela oportunidade de aprimorar a qualidade dos cuidados, desenvolvendo um adequado plano de cuidados para visar os resultados desejados. Nesta premissa tentou-se a cada família adequar as intervenções às necessidades da família e/ou membro da família em

questão, de referir a utilização de imagens e vídeos exemplificativos a que se recorreu para capacitar a Família A, face aos cuidados inerentes ao bebé.

A prestação de cuidados às famílias permitiu ir de encontro às necessidades mais emergentes e objetivos, avaliando, intervindo e apoiando, de forma a permitir a definição de metas realistas alinhadas com as expectativas da família. Como foi o caso da intervenção realizada no membro CC da família D, relativamente seu peso e evolução do mesmo e até mesmo na família H quando perceptível o desafio que o membro AS estaria a atravessar face ao problema identificado com um membro da família extensa, implicando toda a dinâmica da família e as suas necessidades mais urgentes no momento. Noutros casos, porém, a necessidade prende-se com a interação entre os membros, sendo para isso fulcral facilitar as consultas familiares, em que vários membros estão presentes para que possam ser discutidos problemas e que a sua resolução aconteça com a participação de todos. Como a título de exemplo se pode referir a família A, onde foi imperioso a presença dos membros do casal para análise e capacitação face à situação vivenciada pela filha LuM. Deve-se assim desenvolver uma intervenção adequada e personalizada que atente nas necessidades específicas, utilizando abordagens participativas dos seus membros, visando o envolvimento ativo dos membros na resolução das situações, como foi o caso do ritual sugerido à família B, para que assim pudessem colmatar a insatisfação identificada com o tempo que passam juntos.

Contudo, as famílias não vivem só de problemas e nesse contexto, importa nesta abordagem ressaltar os recursos e forças da família, de forma que sejam incorporados na estratégia de cuidados, reforçando a sua autonomia, capacidade e resiliência enquanto família, como se tentou fazer ao longo das consultas.

Para que em todo o processo seja passível uma correta avaliação e intervenção, importa referir a utilidade dos instrumentos utilizados, pois estes possibilitam a melhor avaliação, compreensão e até intervenção do sistema familiar, pelo que a escolha adequada dos mesmos enriquece a prestação de cuidados.

Importa também não perder o foco das possíveis crenças e cultura da família, uma vez que sobressaem aspetos capazes de influenciar as decisões e interações familiares, como o facto descrito na família H, quando se consegue identificar a crença dificultadora de AS face ao alcoolismo, sendo que não o visualizava como um problema de saúde, mas sim como algo escolhido e que estava sobre o controlo do membro JS.

Atentando agora, no encaminhamento das famílias acompanhadas para os cursos de preparação para o parto e massagem infantil, ressalva-se uma abordagem holística e preventiva perante as necessidades da família, contribuindo para uma gestão de cuidados eficaz. Na articulação de cuidados com a prática centrada no cliente de cuidados, família, procurou-se uma correta identificação de necessidades a consequente tomada de decisão de acordo com as mesmas, articulando quando necessário com outros profissionais.

Considerou-se avaliar e intervir nas necessidades que de momento se consideraram mais emergentes nessa família, remetendo esta avaliação para uma fase posterior quando os seus membros estivessem mais recetivos e focados nessa necessidade. Pretendia-se fazer mais consultas com as famílias, no entanto a complexidade da vida pessoal e demandas profissionais dos membros das famílias impediram que conseguissem dispensar mais dias para conseguir comparecer a consultas e a articulação entre as minhas exigências profissionais e o tempo de estágio na USF apresentou outra dificuldade, ficando no entanto a sua realização assegurada pela enfermeira de família. Ainda assim, se considera que se conseguiu de uma forma geral os contactos essenciais para que fosse possível atuar de forma significativa em cada uma delas.

Considera-se também importante ressaltar o papel ativo na utilização de tecnologias disponíveis para aperfeiçoar o que se pretende que seja a ESF, garantindo uma abordagem atual e totalmente eficiente e contribuindo para a disseminação de informação relevante nesta área. Destacando-se assim a integração desta premissa no desenvolvimento da aplicação móvel *FamiliApp* sustentada no MDAIF, que se acredita vir a potenciar a atuação em ESF pela sua eficiência operacional e disseminação do conhecimento nesta área. Mais uma vez se defende esta ínfima ligação da teoria com a prática e a inovação tecnológica inerente também à área da saúde, potenciando cuidados de qualidade e baseados na melhor evidencia disponível. Assim e como não faria sentido que fosse de outra forma, após ter sido auscultada a perceção que os profissionais tinham sobre a necessidade da sua utilização, esta aplicação foi apresentada aos membros da equipa de enfermagem da USF, desempenhando um papel ativo na cultura organizacional e formativa, afirmando a colaboração e liderança esperando a melhoria de resultados em saúde familiar.

Os serviços de saúde, concretamente as USF, pautam-se pelo prestar cuidados de excelência, onde se procura sempre a melhoria das suas práticas e do serviço prestado. Procura-se assim de forma proativa oportunidades para aperfeiçoamento, onde se traçam medidas corretoras ou de melhoria que serão implementadas e posteriormente avaliadas, como a concretização dos PAI

ou as auditorias internas realizadas para avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Garantindo, portanto, práticas de qualidade, que potenciem ganhos em saúde, traduzidas também em indicadores de desempenho. É aqui fundamental a participação ativa da equipa multidisciplinar, aproveitando as potencialidades de cada um. Considera-se assim relevante e importante o documento de Excel® desenvolvido para registo do correto acompanhamento das famílias em transição para a parentalidade, pois mostrou-se como sendo uma estratégia eficaz para otimizar este acompanhamento e contribuiu para a melhoria do índice de acompanhamento adequado em saúde materna (passando dos 88,0% para 96,0% em dezembro de 2023) da referida unidade e respetiva conclusão do PAI implementado. Pode-se assim considerar que esta atividade concretiza o domínio da melhoria continua da qualidade que se espera.

Com vista no aprimoramento académico e profissional, ressalva-se a busca pelo mais atual conhecimento na área com a participação enquanto formanda em diversos eventos. Nestes ressalva-se não apenas a expansão do saber teórico, mas igualmente a interação com os demais profissionais que contribuem para a evolução constante do conhecimento. Pode-se assim considerar que a presença nestes eventos científicos se constitui como uma demonstração do comprometimento com a excelência de cuidados, almejando o mais atual conhecimento e a constante evolução. Atentando na componente clínica desenvolvida considera-se que a participação nestes eventos permitiu uma maior visão nesta área o que potenciou avaliação, intervenção e decisão clínica mais fundamentada, como se pode referir, a título de exemplo, a apropriação de conhecimentos sobre desenho infantil, que muito útil foi na prática descrita, apresentada de forma eximia no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”. Indo também de encontro ao dever de enquanto enfermeiro manter os conhecimentos atualizados bem como utilizar a tecnologia de forma habilitada, não esquecendo a formação constante e aprofundada (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

CONCLUSÃO

Alinhado com o desenvolvimento de competências exigidas ao EEECESF apresentou-se o percurso inerente à prestação de cuidados à família, nomeadamente no que concerne a famílias em transição para a parentalidade, que já têm experiência parental anterior.

Com o início do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, foi realizada a caracterização do contexto clínico e do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante. Foi deste modo possível identificar uma grande prevalência de mulheres em idade fértil e consequentemente uma percentagem de famílias em transição para a parentalidade que corrobora os dados a nível nacional. Com uma necessidade de melhoria identificada, na USF estava em desenvolvimento um PAI relacionado com a qualidade da vigilância das grávidas. Foi neste âmbito que no estágio seguinte se selecionaram as famílias em transição para a parentalidade enquanto alvo de avaliação e intervenção familiar.

Atentando no objetivos das duas competências específicas do EEECESF, aclaradas no decreto-lei nº 135/2018, de cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção; e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, considera-se que os mesmos foram atingidos. Pautou-se por uma atuação sustentada em referenciais teóricos orientadores de cuidados à família e também aos seus membros tendo sempre como premissa a melhor evidência científica disponível. Para que tenha sido possível desenvolver e apresentar a avaliação e intervenção familiar com estas famílias e de modo que se tenha conseguido ganhos em saúde foi determinante a utilização do MDAIF. Modelo que não só norteou a prática, ao longo destes meses de prestação de cuidados, mas também proporcionou através da sua estrutura dinâmica e flexível, uma abordagem personalizada a cada família, atentando nas suas necessidades específicas e recursos que tinham disponíveis. Foram identificadas necessidades específicas em cada família nas dimensões estrutural e de desenvolvimento, implementadas intervenções que visavam a capacitação da família. Para a sua concretização mobilizaram-se técnicas de intervenção familiar sistémica como a título de exemplo se pode referir a metáfora e rituais terapêuticos, visando ganhos em saúde. Como os membros constituem a entidade família, nesta abordagem, jamais poderia deixar de se atentar na individualidade e também dar respostas aquelas que eram as necessidades próprias pelo que se considerou a utilização da Teoria das Transições.

Focando na liderança e colaboração nos projetos de intervenção no âmbito de ESF, naquele que se considera o contributo para o desenvolvimento atual, ressalva-se a *Scoping Review* iniciada, com protocolo registado bem como a criação da aplicação móvel *FamiliApp*, que se espera vir a contribuir para a prática de cuidados às famílias, surgindo como um avanço na integração de ferramentas digitais na enfermagem de saúde familiar, nomeadamente às famílias em transição para a parentalidade. Aqui se destaca mais uma vez, a utilidade da matriz operativa do MDAIF, sendo base da aplicação que disponibiliza a criação de perfis familiares e facilita o processo de avaliação e intervenção familiar dando destaque ao conhecimento da ESF. Apurada a sua viabilidade, iniciou-se a sua criação, tendo sido apresentada na versão teste à equipa de enfermagem da USF que a considerou uma mais valia na prestação de cuidados à família.

Pode-se assim considerar que os contributos para o desenvolvimento de competências foram significativos, pela compreensão das dinâmicas familiares e consequente capacidade de orientar naquelas que foram as necessidades encontradas bem como pela parceria com a equipa multidisciplinar e capacitação que se almejou enquanto elemento daquela USF.

Ao longo destes meses foi possível constatar o quão fulcral é a existência de evidencia nesta área, pelo que se considera uma mais valia a necessidade de continuar a investir na investigação centrada numa perspetiva sistémica. Acompanhar os avanços e inovação tecnológica mostra-se cada vez mais uma necessidade e abre novas possibilidades de pesquisa e desenvolvimento, considerando-se uma oportunidade para aprimorar a prática que garanta a qualidade dos cuidados ao cliente família. Reconhecesse também que a importância na prática do EEECESF em contexto de CSP deverá ser alvo de políticas institucionais de forma a garantir condições adequadas à sua prática.

Planeia-se, uma envolvimento mais proativa em eventos científicos, com partilhas dos trabalhos desenvolvidos, de forma que exista um compromisso para além da absorção de conhecimento, almejando contribuir para o avanço da enfermagem em saúde familiar. Neste contexto, considera-se relevante o desenvolvimento da *Scoping Review* cujo protocolo já se encontra registado, para que após a sua conclusão este possa ser partilhado e assim contribuir ativamente para a partilha do conhecimento. A continuidade do desenvolvimento da *FamiliApp*, perspetiva ir de encontro às exigências da prática e necessidades dos EEECESF. Portanto pretendo continuar a contribuir para o desenvolvimento desta área que me apaixona, expandindo e absorvendo conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, J. (2003). *Exame Psicológico da Criança em Idade Escolar (6 aos 12 anos)*. Provas Complementares. Porto: Instituto de Psicologia Aplicada e Formação.
- Alcon, M. L. (2020). Evaluacion del desarrollo madurativo en niños de 4-5 años en etapa preescolar. *Revista de Investigacion Psicologica*, (24), 109-119. http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n24/n24_a08.pdf
- Almeida, A. M. (2020). *Heranças Familiares*. SBE Edições e Produções.
- Amaral, S. P. F. P. (2015). *Qualidade do sono em estudantes do ensino profissional*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2866/1/AMARAL%2c%20SoniaPatriciaFerreiraPais%20DM.pdf>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Amaro, F. S., Arais, A. G. K., Rodrigues, C. M. P., Bernardes, E. G., Ribeiro, L. M., Batista, M., Freitas, P. L., Spielmann, F. J., & Corleta, H. E. (2023). A utilização de aplicativos para dispositivos móveis para planejar gravidez e aumentar desfecho concepção: uma revisão. In A. Galão & E. Capp, *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/1* (pp. 47-56). Edison Capp.
- Amorim, T. S., Backes, M. T. S., Carvalho, K. M., Santos, E. K. A., Dorosz, P. A. E., & Backes, D. S. (2021). Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barbieri, M. C., Martins, M. M., Figueiredo, M. H., Martinho, M. J., Andrade, L. M., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Carvalho, J. C., & Santos, M. R. (2009). *Da investigação à prática da enfermagem de família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Barreto, X., Correia, J. P., Cunha, O., Matos, A., Peixoto, J., Machado, J. C., Alves, O., & Santos, N. S. (2014). *Mortalidade Infantil em Portugal - Evolução dos indicadores e fatores associados de 1988 a 2008*. Artes Gráficas, Lda.
- Barrento, T. J. A. (2020). Técnicas criativas, expressivas e dramáticas na terapia familiar: Um estudo de caso (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/47493/1/ulfpie054253_tm.pdf
- Bassi, M., Fave, A. D., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183-195. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>
- Bedford, H., Walton, S., & Ahn, J. (2013). Measures of Child Development: A review. UCL Institute of Child Health. <https://core.ac.uk/download/pdf/79540362.pdf>
- Belinha, F., Castelo T. M., & Vicente, I. N. (2022). *Atraso do Desenvolvimento Psicomotor*. Centro de Desenvolvimento da Criança. Coimbra.
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas – Fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. Editora Vozes.
- Bértolo, A. R. (2021). *Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros*. (Tese de mestrado, Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7252/1/Relat%c3%b3rio%20IMPORT%c3%82NCIA%20DA%20FAM%c3%8dLIA%20NA%20PRESTA%c3%87%c3%83O%20DE%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM%20%20ATITUDES%20DOS%20ENFERMEIROS.pdf>
- Bezerra, L. G. A., & Antônio, C. R. S. S. (2020). Influência da obesidade na gestação. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 12, 175-178. <http://revista.univar.edu.br/rei/article/view/134/170>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023). Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. *Guia do Utilizador*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/PAUF-Guia%20do%20Utilizador.PDF>
- Brás, M. A. M., Brás, M. F. M., & Moura, S. C. M. (2013). Enfermeiro de Família, um especialista de e com futuro?. In *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança: Livro de atas* (pp. 240-245). ESSa-IPB.
- Caeiro, R. T. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Canário, A. C. M. (2014). *Ajustamento psicológico e relacionamento conjugal em casais na gravidez e pós-parto* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho.
- Cardoso, A. P. V., & Carvalho, S. C. C. (2023). Aplicação do Modelo Dinâmico De Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica: estudo de caso. In *Enfermagem: autonomia e processo de cuidar*. Ebook (pp. 215-223). Editora Atena.
- Carmo, L. K. S., & Fortes, R. C. (2023). Validação de aplicativos móveis na área de saúde: um estudo baseado em evidências. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(12), 49-68. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7549230>
- Carvalho, J. M. N., Caetano, A. J. R., Faria, C. S. A., Dias, A. C. R. F., Duarte, H. S., & Mendes, I. M. M. D. (2023). A vivência da relação conjugal durante a transição para a parentalidade na voz das primíparas. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 12(3), 1-14. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6647>
- Castro, A-R. L., Goularte, A. S., Pinto, C. L. O., Oliveira, J. P. S., Fritsch, V. H., Santos, J. C., & Passos, E. P. (2023). Infertilidade e hábitos de vida. In A. Galão & E. Capp, *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2023/2* (pp. 65-76). Edison Capp.
- Cesário, E., Melo, G., & Rolim, P. (2019). *Análise de desenhos infantis – Grafismo*. Universidade Paulista. <https://pt.scribd.com/document/424849843/Analise-de-Desehos-Infantis-Psic>
- Chapman, J. K., & Hart, S. L. (2017). The transition from mother-of-one to mother-of-two: mothers' perceptions of themselves and their relationships with their firstborn children. *Infant Mental Health Journal*, 38(4), 475-485. <https://doi.org/10.1002/imhj.21650>

- Chaves, A. C. M., Chaves, R. G., & Resende, B. A. S. (2018). Uso de álcool durante a amamentação: um estudo de revisão. *Revista de Pediatria Soperj*, 18(1), 16-22. http://revistadepediatricasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1042#
- Coelho, S. C., Duarte, A. N., Amaral, L. S., Santos, P. M., Salles, M. J., Santos, J. A. A., & Sotero-Martins, A. (2017). Monitoramento da água de poços como estratégia de avaliação sanitária em Comunidade Rural na Cidade de São Luís, MA, Brasil. *Revista Ambiente & Água*, 12(1), 156-167. <https://doi.org/10.4136/ambi-agua.1962>
- Corman, L. (2003). *O teste do desenho da família*. Casa do Psicólogo.
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 28, 187 – 203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28.93>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-45. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Cunha, V. (2018). *Conciliação da atividade profissional com a vida familiar: Igualdade entre mulheres e homens e natalidade*. In J. Pinto, *Desafios Demográficos: a Natalidade* (pp. 89–108). Edições Almedina.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 69/2023 de 21 de agosto do Ambiente e Ação Climática. (2023). Diário da República: I Série, nº 161. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/69-2023-220113533>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, nº 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Decreto - Lei nº 74-C/84 de 2 de março da Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. (1984). Diário da República: Série I, nº 53. <https://dre.tretas.org/dre/275/decreto-lei-74-C-84-de-2-de-marco>
- Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de junho do Ministério da Saúde. (2005). Diário da República: I Série, nº 107. <https://dre.tretas.org/dre/186385/decreto-lei-88-2005-de-3-de-junho>

- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 de 7 de novembro do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei nº 104/1998 de 21 de abril do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série, nº 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto - Lei 157/2005 de 12 de outubro – Resolução do Conselho de Ministros. (2005). Diário da República: Série I-B. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 161. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 1368/2007 de 18 de outubro do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 201. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Delphino, T. (2016). *Efeito do acompanhamento por telefone na recuperação cirúrgica de idosos submetidos à cirurgia de facectomia: estudo clínico randomizado*.
- Dessen, M. A. (1997). Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico. *Temas em Psicologia*, 5(3), 51-61. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v5n3/v5n3a06.pdf>
- Dol, J., Richardson, B., Grant, A., Aston, M., McMillan, D., Murphy, G. T., & Campbell-Yeo, M. (2021). *Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada*. Wiley Periodicals LLC. <https://doi.org/10.1111/birt.12553>
- Domingos, C. S., Toledo, L. V., Moura, C. C., Salgado, P. T., 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), 1-9. <http://doi.org/10.25248/reas.e10595.2022>
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal: Gaetan Morin éditeur.

- Estrela, F. A. (2023). *Adaptação à Parentalidade: O Impacto do Primeiro Filho na Satisfação Conjugal* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/61508>
- Fainguelernt, T., & Tosta, R. M. (2018). Torna-se irmão: o imaginário da criança frente a gravidez materna e a chegada de um irmão. *Psicologia Revista*, 27(1), 129-149. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p129-149>
- Feldner, C. B., Cussolim, L. C., Martins, N., Felicidade, P. J., & Camargo, F. C. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados*, 22(52). https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/CultCuid_52-142-152.pdf
- Fernandes, C. S. N. N. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem- aprendendo com o family nursing game*. (Tese de doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração : estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma "população" não-migrante do concelho de Chaves e de uma "população" portuguesa no Cantão de Genebra* (Tese de mestrado, Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Coimbra). Repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (40/ pp. 403– 406). Lidel.
- Ferreira, M. F. S. (2023). *Promoção e Prescrição do Exercício Físico Na Gravidez Revisão Narrativa e Proposta de Desenvolvimento de Aplicação Informática* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Desporto de Rio Maior). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.15/4388>
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., & 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>
- Ferreira, S. M. G. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar* (Tese de Mestrado, Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.8/7990>

- Figueiredo, M., Charepe, Z., Melo, P., & Silva, S. (2010). *Família e Família: A Avaliação Integrativa do Papel Parental*. I Seminário Internacional Contributos da Psicologia em Contextos Educativos, pp. 902-915. Braga: Universidade do Minho.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciencias médicas Abel Salazar.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusodidacta.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Instrumentos de avaliação familiar. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (7/344). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (8/ 68-76). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Princípios da Entrevista Familiar Sistémica. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (8/ 407-416). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Metáfora. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (8/ 445-446). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Fonseca, I. (2023). Conceito de Cuidados de Enfermagem à família. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (3/ 140-143). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Guedes, V. S., & Lebreiro, M. (2023a). Multidimensionalidade da saúde familiar. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (3/ 125-129). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (7/344-346) Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023c). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (7/353) Lidel.
- Figueiredo, M. H., Vilar, A. I., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C. P., Viseu, I. P., Pinho, J., Soares, L., Reis, L., Garrido, L., Silva, M. M., Peixoto, M. J., Ferreira, M. M., Gomes, M., Barbosa, M., Oliveira, P. S., Freire, R. M., ... Brito, T. (2022). *Conceção de cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar – Estudos de Caso*. Lusodidata.

- Flores, T. R., Nunes, B. P., Miranda, V. I. A., Silveira, M. F., Domingues, M. R., & Bertoldi, A. D. (2020). Ganho de peso gestacional e retenção de peso no pós-parto: dados da coorte de nascimentos de 2015, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00203619>
- Fonseca, A., Guimarães, F., Salles, I., & Scopacasa, L. (2022). *Uso de ferramentas na prática clínica para abordagem familiar no contexto biopsicossocial nas unidades básicas de saúde da família*. 1º Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares. <https://conferenciasunifoa.emnuvens.com.br/tc/article/view/166/173>
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frazão, P. A. C. (2015). *Controlo da qualidade em águas para consumo humano. Estimativa de incertezas e validação de métodos*. (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10316/30295>
- Frias, A. M. A., Ferreira, M. I. M. M., & Sousa, L. M. M. (2021a). *Alterações da imagem corporal e sexualidade na gravidez*. Editora Atena. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29999/1/capLivro_sexualidade.pdf
- Frias, A., Ressurreição, A., Lobão, A., & Rodrigues, C. (2021b). *Preparação para o Parto: Análise de conceito*. Editora Atena.
- Friedberg R. D., & McClure, J. M. (2019). *A Prática Clínica da Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes*. Artmed Editora.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2009). *Situação Mundial da Infância 2009: Saúde Materna e Neonatal*. https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
- Goldschmidt, B. U. (2019). Percepção dos genitores sobre o impacto do nascimento do segundo filho nas relações familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(65), 36-50. <https://doi.org/10.38034/nps.v28i65.536>
- Gonçalves, A. S. C. (2015). *A participação dos pais na identificação de situações de risco no desenvolvimento infantil: estudo exploratório com a utilização do parents' evaluation of developmental status: developmental milestones (peds:dm)* (Tese de mestrado, Faculdade de Motricidade Humana). Repositório da Universidade de Lisboa.

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/10434/1/Vers%C3%A3o%20Definitiva%20TESE%20Ana%20Sofia%20Gon%C3%A7alves.pdf>

Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno* (Tese de Doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Grácio, D. M. Á. (2016). *Rituais familiares e percepção de falso self em adultos emergentes* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27890/1/ulfpie051278_tm.pdf

Guarda-Rodrigues, J., & Rebelo – Botelho, M. A. (2021). O ser que sendo-no-mundo ... se torna mãe de um segundo filho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 1-6. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0055>

Guilherme, J. M., Vargas, E., Martins, G. B. S., Vaz, C. H. G. J., & Oliveira, J. F. (2020). Conhecimento das puérperas sobre cólica no recém-nascido. *Revista Científica da Saúde*, 2(1), 15-26. <https://www.researchgate.net/publication/341883355>

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro.

Hakulinen, T., Paunonen, M., White, M., & Wilson, M. (1997). *Dynamics of families during the third trimester of pregnancy in southwest Finland*. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 270-277. [https://sci-hub.se/10.1016/s0020-7489\(97\)00014-x](https://sci-hub.se/10.1016/s0020-7489(97)00014-x)

Hanson, S. (2005). *A Enfermagem de Cuidados de Saude à Família*. Lusociência.

Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). *Avaliação familiar e processo de Enfermagem: programa de desenvolvimento de competências*. *Revista de Enfermagem Referência*, 23, 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Pordata*. Censos de Portugal em 2021: Resultados por tema e por concelho. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-1075>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Pordata*. O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu_b_boui=66321126&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

International Association of Infant Massage. (2023). <https://iaim.net/faqs-for-parents/>

International Council of Nurses. (2023). *International Classification for Nursing Practice – Browser*, 2019 release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

International Family Nursing Association. (2017). *Declaração de Posição da IFNA sobre Competências de Prática Avançada para Enfermagem Familiar*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Isfer, E. V. (2023). *Medicina Fetal - Diagnóstico Pré-Natal e Conduta*. Thieme Revinter.

Joanna Briggs Institute. (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

José, M. I. P. V. (2018). *Como nasce um pai? A transição para a parentalidade* (Tese de mestrado, Universidade de Évora). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10174/23424>

Kalka, D. (2018). *Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes: Evidence from Poland*. *Sexuality and Disability*, 36, 69-86. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9516-6>

Kernebeck, S., Busse, T. S., Bottcher, M., Weitz, J., Ehlers, J., & Bork, U. (2020). Impact of mobile health and medical applications on clinical practice in gastroenterology. *World Journal of Gastroenterology*, 26(29), 4182–4197. <http://doi.org/10.3748/wjg.v26.i29.4182>

Kruel, C. S., & Lopes, R. C. S. (2012). Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 35-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100005>

Kuo, P., Volling, B., & Gonzalez, R. (2017). His, Hers, or Theirs? Coparenting After the Birth of a Second Child. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 710-720. <https://doi.org/10.1037/fam0000321>

- Laginha, T. (2007). Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral e Familiar*, 23, 331-336. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10367>
- Lamúria, V. M. F. C. (2019). *Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29995>
- Leandro, M. E. (2006). Transformações da família na história do Ocidente. *Theologica*, 41(1), 51-74. <https://doi.org/10.34632/theologica.2006.1186>
- Lei nº 56/79 de 15 de setembro do Ministério da Saúde. (1979). Diário da República: Série I, nº 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Lei nº 110/2019 de 09 de setembro do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: I Série, nº 172. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=3164&pagina=1&ficha=1
- Lestari, K. P., Nurbadlina, F. R., Jauhar, W., & Jauhar, M. (2021). The effectiveness of baby massage in increasing infant's body weight. *Journal of Public Health Research*, 10(1). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2332>
- Lima, C. S. P., & Barbosa, S. F. F. (2019). Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53278>
- Lima, G. M.M. (2020). *Vivências emocionais na gravidez: Estudo de caso sobre uma mãe gestante pela segunda vez* (Tese de bacharel, Universidade de Taubaté). Repositório Institucional da Unitau. <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/5689>
- Lorensen, M., Wilson, M., & White, M. (2004). Norwegian families: Transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25(4), 334-348. <https://doi.org/10.1080/07399330490278394>
- Machado, R. D. L. (2021). *Como tudo (re) começou: a transição para o segundo filho sob a perspectiva de pais e mães* (Tese de doutoramento). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Magalhães, P. A. C. (2023). Desenvolvimento e validação da escala da qualidade da relação entre cuidador informal e doente - antes e depois da doença (Tese de mestrado, ISPA). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.12/9325>
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Manual de Acolhimento USF. (2022).
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30667/1/Relatorio%20Versao%20final%20Mestrado.pdf>
- Marques, T., Moutinho, L., Fernandes, M., Guedes, V., Ferreira, M., Figueiredo, M., & Marques, A. (2022). Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 99-110. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.216>
- Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2018). Tecnologias da informação e comunicação no sistema de saúde português. *Journal of Health Informatics*, 10(1), 30–34. https://www.researchgate.net/publication/326961225_Tecnologias_da_informacao_e_comunicacao_no_sistema_de_saude_Portugues
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. University of Wisconsin-Madison, Center for Excellence in Family Studies.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, E. P. (2022). *Qualidade da água e doenças: uma percepção dos discentes do Ifam/tefé* (Tese de mestrado, Universidade federal do Amazonas). Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/9083>
- Mendes, S. S., Jorge, J. C., Ribeiro, M. C., Tomás, E., & Temudo, T. (2022). Uso e interpretação do desenho infantil na prática clínica. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 35(12), 856-858. <https://doi.org/10.20344/amp.18388>
- Messner, E-M., Terhorst, Y., Barke, A., Baumeister, H., Stoyanov, S., hides, L., Kavanagh,D., Pryss,R., Sander, L., & Probst, T. (2020). The German Version of the Mobile App Rating Scale (MARS-G): Development and Validation Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(3), 1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217504/>
- Milanez, C. M., Córdova, Z. V. E., Castro, A., & Fraga, C. C. (2019). O funcionamento familiar na saúde emocional e psicológica de crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*, 13(47), 1-16. <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i47.1905>
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. (2020). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Scientia*, 27, 91-107. <https://doi.org/10.46691/es.vi.101>
- Ministério da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Portugal. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Ministério da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Portugal. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Ministério da Saúde. (2021). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa. Direção Geral da Saúde. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/03/ManualGravidez_Final-3Marc%CC%A7o2021.pdf
- Ministério da Saúde. (2023a). Norma 001/2023. *Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério*. Portugal. Direção-Geral da Saúde.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

Ministério da Saúde. (2023b). Rede Ibérica de Promoção da Saúde da Criança.

Minuchin, P. (1985). *Families and individual development: Provocations from the field of family therapy*. Child Development, 56(2), 289-302. <https://doi.org/10.2307/1129720>

Monteiro, R. O. P. (2019). *Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). <http://hdl.handle.net/10400.8/4853>

Moreira, A. (2003). Disfunções sexuais masculinas, definição, classificação e incidência. In L., Fonseca, C., Soares & J. M. Vaz. *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar* (I / 131-144). Quarteto editora.

Moreira, A. G. C. M., Henriques, C. M. P., & Frias, A. M. A. (2022). Alterações da Sexualidade durante a gravidez: uma revisão sistemática. In A. Frias & M. Barros, *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal* (7 / 86-100). Editora Científica Digital.

Moreira, I. L. B. (2016). *O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal* (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10316/33188>

Munno, S. (2022). Práticas Sexuais e Tabus Durante o Período de Gestação. *Abrasex*, 1, 71-80.

Nascimento, J. W. A., Pires, É. L. L., Pereira, K. A., Santos, G. X. G., Silva, S. P., Lins, C. E. P. P., Barbosa, L. M. S., Ferreira, A. S., Brandão, B. B., Nascimento, D. F. R., Santos, A. P., & Conceição, D. C. O. (2022). Exposição ao tabagismo passivo na gestação e suas consequências na amamentação: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 11(2), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25626>

Nascimento, L. C., Dantas, I. R. O., Andrade, R. D., & Mello, D. F. (2014). Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 211-220. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2021). *Antenatal Care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Recommendations#organisation-and-delivery-of-antenatal-care>
- Neves, F. A. A. (2021). *Promover o desenvolvimento infantil na primeira infância: intervenção do enfermeiro especialista* (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/36824>
- Nichols, M., & Davis, S. (2016). *Family Teraphy: Concepts and methods*. Editora Pearson.
- Oliveira, A. M. F., Andrade, P. R., Pinheiro, E. M., Avelar, A. F. M., Costa, P., & Belela-Anacleto, A. S. C. (2020). Fatores de risco e proteção para a síndrome da morte súbita infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0458>
- Oliveira, D. S., & Lopes, R. C. S. (2010). Implicações emocionais da chegada de um irmão para o primogênito: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*. 15(1), 97-106. <https://www.scielo.br/j/pe/a/LxyhKDZjrcZv8qs5GpPNmp/>
- Oliveira, L. M. S. (2020). *Cuidadores familiares de idosos e seu ambiente de cuidado através da teoria ambientalista de Florence Nightingale* (Tese de mestrado, Universidade Federal da Bahia). Repositório UFBA. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/34246>
- Oliveira, P., Figueiredo, H., Leite, C., & Apóstolo, J. (2016a). *As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF* [Comunicação]. Jornadas internacionais de enfermagem comunitária.
- Oliveira, R. M., Duarte, A. F., Alves, D., & Furegato, A. R. F. (2016b). Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0661.2726>
- Oliveira, T. L., Almeida, J. L. S., Silva, T. G. L., Araújo, H. S. P., & Juvino, E. O. R. S. (2020). Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: Estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem. *Research, Society and Developmen*, 9(12), 1-16. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10836>

- Oliveira, Y. C. (2023). *Parentalidade e saúde mental infantil: revisão narrativa* (Tese de bacharel, Centro Universitário Christus). Repositório Institucional UniChristus. <https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/handle/123456789/1522>
- Olson, D. H. (1999). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.0014>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. Edição Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saude_infantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei nº 156/2015, de 16 de setembro*. Diário da República n.º 181 – I Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REP_E_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho*. Diário da República n.º 135 – II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro*. Diário da República n.º 26 – II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária – referencial em enfermagem de saúde familiar.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Representante da OMS explica o uso de tecnologias de saúde digital*.
- O'Reilly, M. M. (2004). Achieving a new balance: Women's transition to second-time parenthood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), 455-462. <https://doi.org/10.1177/0884217504266911>

- Park, S-M. (2012). Social networks and second-childbirth intentions of Korean married women. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 30, 398-412. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.725129>
- Paschoal, J. G., Fioresi, M., Bringuente, M. E. O., Moraes, S. C. R. V., Primo, C. C., & Furieri, L. B. (2022). Desenvolvimento de aplicativo para apoiar o raciocínio diagnóstico do enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0412pt>
- Paschoal, V. N., & Grandesso, M. (2014). O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. *Nova Perspetiva Sistêmica*, 23(48), 24-43. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/48>
- Passos, C. N. (2019). Transformação Digital na Saúde: Desafios e Perspectivas. *Revista Científica Hospital Santa Isabel*, 3(3), 178-184. <https://doi.org/10.35753/rchsi.v3i3.53>
- Paula, R. F. (2019). *A arte de perguntar e suas implicações na terapia comunitária*. <https://www.passeidireto.com/arquivo/39204197/arte-de-perguntar-na-tc>
- Pavesi, E., Amorim, M. V. S. A., Boing, A. F., & Wagner, K. J. P. (2023). Influência do consumo de álcool e tabaco em desfechos maternos e perinatais de puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 23, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202300000286>
- Pereira, A. C. (2016). *A importância do desenho infantil para o desenvolvimento das crianças em jardim de infância* (Tese de mestrado, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10015>
- Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2007). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 385-395. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300010>
- Pereira, M. A. (2019). *A interação social do idoso de 80 ou mais anos – uma revisão integrativa* (Tese de mestrado, Pontifícia universidade católica de São Paulo). Repositório PUCSP. <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/22397/2/Mayt%C3%AA%20Anelone%20Pereira.pdf>

- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In R. Molin, *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (1/ 15-35). Editora Científica.
- Pereira, T. R. C., Dottori, E. H., Mendonça, F. M. A. F., & Beleza, A. C. S. (2018). Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 295-300. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000200003>
- Pinheiro-Carozzo, N.P., 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. *Pensando Famílias*, 24 (1), 207-223. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015
- Pinto, P., Leal, R. M.F., Costa, I., & Tavares, A. R. (2022). A satisfação sexual do homem na transição para a parentalidade. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 5 (1), 59-68. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.168>
- Plano Local de saúde – Extensão a 2020. (2018). Unidade de Saúde Publica.
- Plazza, T. M. (2022). *A Construção Histórica da Sexualidade da Mulher Brasileira*. Abrasex, 1, 18-26.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Parunashvili, N., & Rehm, J. (2017). Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. *European Journal of Medical Genetics*, 60(1), 32-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2016.09.010>
- Relvas, A. P. (1996). A co-construção da hipótese sistêmica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4 (14), 563-579. <http://hdl.handle.net/10400.12/3180>
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistêmica*. Edições Afrontamento.
- Revell, M. A. (2017). Self-Care of Nausea and Vomiting in the first trimester of pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32(1), 35-38.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (8/436-437). Lidel.

- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Revista Pensar Enfermagem*, 25(1), 19-30. <http://hdl.handle.net/10400.26/45142>
- Ribeiro, M. J. (2023). *Qualidade das diretrizes clínicas para queda de cabelo segundo agree II e proposta de diretriz com ênfase no cuidado farmacêutico* (Tese de bacharel, Universidade de Brasília). <https://bdm.unb.br/handle/10483/34806>
- Robison, M., Coehlo, D., & Smith, P. (2022). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Rodrigues, J. R. G. V., & Rebelo-Botelho, M. A. (2020). Transição para o segundo filho: da Saúde às Políticas Públicas. *Ciências e Políticas Públicas*, 6(1), 139-157. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN1/pp.123-137>
- Rodrigues, J. R. G. V., & Velez, M. (2018). Tornar-se mãe de um segundo filho: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 22(1), 5-17. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45047/1/art%20p.%205-17.pdf>
- Rosen, N., Dawson, S. S., Leonhardt, N. D., & Vannier, S. A. (2021). Trajectories of sexual well-being among couples in the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 35(4), 523-533. <http://doi.org/10.1037/fam0000689>
- Rossi, M. A., Impett, E., Dawson, S., Vannier, S., Kim, J., & Rosen, N. (2021). A Longitudinal Investigation of Couples' Sexual Growth and Destiny Beliefs in the Transition to Parenthood. *Archives of sexual behavior*, 51, 1559-1575. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02267-3>
- Sá, J. S., Menegaldi, C., Garcia, L. F., & Grossi-Milani, R. (2022). Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência. *Saúde Debate*. 46(5), 80-90. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E507>
- Santos, T. C., Santos, T. J., Rocha, E. S., Sampaio, A. C. A., Marques, P. F., Lima, C. F. M., Rodrigues, I. R., Suto, C. S. S., & Couto, T. M. (2024). Cuidados de enfermagem à sexualidade da puérpera: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(2), 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAS.e14736.2024>

- Sassé, M. (2017). *Toca a mexer – Movimentos e exercícios fundamentais para o crescimento saudável das crianças*. Clube do autor.
- Sathes, M., Simor, C., Longi, M., Rangel, M., & Censi, C. (2020). Desenvolvimento de um protocolo de diagnóstico sistêmico familiar. *Pensando Famílias*, 24(2), 193-208. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200015
- Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2521-2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>
- Schmidt, B., Pontello A., & Staudt, Wagner A. (2016). Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 9(1), 2-18. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.0>
- Sequeira, J. (2020). A escultura familiar: aplicações terapêuticas nas terapias sistêmicas. *Nova Perspetiva Sistêmica*, 29(68), 19-30. <http://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Unidade Local de Saúde. Missão, Visão e Valores.
- Silva, A. M. A., Mascarenhas, V. H. A., Araújo, S. N. M., Machado, R. S., Santos, A. M. R., & Andrade, E. M. L. R. (2018). Mobile technologies in the Nursing area. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(5), 2570–2578. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0513>
- Silva, B. F., Silva, L. A., Pinto, M. F. R., Sepp, V. J., Júnior, J. T. C., Machado, F. V., & Silva, I. C. M. (2020). Acolhimento terapêutico a dependentes químicos ao álcool: Relações Familiares. *Acta Scientiae et Technicae*, 8(2), 163. <http://doi.org/10.17648/uezo-ast-v8i2.314>
- Silva, D. R. (2022). *Hipotiroidismo na gravidez: implicações clínicas e tratamento* (Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12769/1/8929_19192.pdf
- Silva, E. P., & Lucas, M. G. (2020). Relação entre irmãos: A percepção do Primogénito. *Pensando Famílias*, 24(1), 144-159. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a11.pdf>
- Silva, F. M. H. (2023). *Desafios na gravidez e no parto em mulheres obesas* (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10316/111454>

- Silva, F. M. R. (2014). *Promoção do autocuidado na família com familiar totalmente dependente* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/16245>
- Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S., Carvalho, A., & Teixeira, A. (2022). Manual de Saúde Infantil e Juvenil. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Silva, L. A., Almeida, C. M. S., Oliveira, J. S., Kato, L. O., Mota, M. B., Castro, M. A., & Botelho, Z. T. (2021a). Transtorno do espectro autista: coesão e adaptabilidade familiar. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 18485-18497. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-317>
- Silva, M. I. M. C. (2015). *Validação da Faces IV - O Funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo Vital* (Tese de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Repositório ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/95182472-6f79-484b-a99f-c3925171dc00/content>
- Silva, M. J., Palácios, J., Rebelo, M., & Torres, E. (2019). Hemangioma Infantil e Recomendações Terapêuticas Atuais. *Revista SPD*, 77(1), 39-46. <file:///C:/Users/User/Downloads/1012-Article%20Text-2543-2-10-20190327-2.pdf>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S. A., Neves, V. F. H. P., & Camarneiro, A. (2021b). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20-32. <http://hdl.handle.net/10400.26/45233>
- Silva, M. M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo Vital da família. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (4/ 152-158). Lidel.
- Silva, M., Silva, J., Carrilho, T., Pinto, E., Andrade, R., Silva, S., Pedroso, J., Spaniol, A., Bortoloni, G., Fagundes, A., Nilson, E., Fiaccone, R., Kac, G., Barreto, M., & Ribeiro-Silva, R. (2022). Qualidade dos dados antropométricos infantis do Sisvan, Brasil, 2008-2017. *Revista de Saúde Pública*, 57(62), 1-17. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004655>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice* 6(6), pp. 1231- 1239. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf

- Smith, S., DeGrace, B., Ciro, C., Bax, A., Hambrick, A., James, J., & Evans, A. (2017). Exploring families' experiences of health: contributions to a model of family health. *Psychology, Health & Medicine*, 22(10), 1239-1247. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1319069>
- Soares, P., Calou, C., Ribeiro, S., Aquino, P., Almeida, P., & Pinheiro, A. (2020). Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0786>
- Sousa, L., Braga, H., Alencastro, A., Silva, M., Oliveira, B., Santos, L., & Melo, E. (2021). Efeito de vídeo educativo sobre cuidados ao recém-nascido no conhecimento de gestantes, puérperas e familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1-8) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371>
- Sousa, L. G. A., & Silva, J. R. F. (2023). Nascimento de um irmão: o comportamento do primogênito diante do novo contexto familiar. *Vistacien – Revista Científica Multidisciplinar*, 1(4), 123-136. <http://doi.org/10.5281/zenodo.10182876>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação de questões de pesquisa na prática baseada em evidências. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(23), 31-39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
- Souza, A. K. M., & Ferreira, J. C. S. (2022). Estratégia nutricional para o emagrecimento pós-parto. *Research, Society and Development*, 11(6), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28979>
- Spiess, M. R., & Mattedi, M. A. (2020). Eventos científicos: da Pirâmide Reputacional aos círculos persuasivos. *Sociedade e Estado*, 35, 441-471. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035020004>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de Família. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (3 / 92-95). Lidel.
- Stewart, R. B. (1990). *The second child: Family Transition and adjustment*. Sage Publications, Inc.
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M., Malott, A., & Hall, W. (2016). Cross-cultural development and phycho-metric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 20(1), 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27179378/>

- Teixeira, Y. B. 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), 1-14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15098>
- Tenório, L., Oliveira, A., Amorim, Y., & Neto, A. (2019). A Educação em saúde através das novas tecnologias da informação e da comunicação: uma análise da (re)orientação de nativos digitais no ciberespaço. *Revista Científica Interdisciplinar*, 1(1), 179–192. <http://doi.org/10.17115/2358-8411/v1n1a10>
- Tercero, R. P. (2023). *Manual de Terapia Familiar Sistémica – Las bases de la terapia familiar*. Morata.
- Tomm, K. (1988). Entrevista Interventiva: Parte III. Com a participação em perguntas lineares, circulares, estratégicas ou reflexivas? *Family Process*.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Trinca, W. (2020). *Formas lúdicas de investigação em Psicologia. Procedimentos de desenhos-estórias e procedimentos de desenhos de família com estórias*. Vetor Editora.
- Trindade, M. M. A. C. (2018). Vivências na transição para a parentalidade: o contributo do enfermeiro de família (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://ria.ua.pt/handle/10773/24326>
- Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional. (2023). <https://usf-an.pt/>
- Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistémico: o novo paradigma da ciência*. Papyrus Editora.
- Vaz, J. O. (2019). Náuseas e vômitos na gravidez. *Feminina*, 47(3), 52-54. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046490/femina-2019-471-52-54.pdf>
- Ventura, A. M. A. (2013). *Necessidades dos Familiares de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Intensivos* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. file:///C:/Users/User/Downloads/D2011_10001822012_21018008_1-2.pdf

- Vieira, M. & Reis, A. (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebê: Revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS*, 5(2), 132-143.
<https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i2.14514>
- Vilar, J. O. V., & Rabinovich, E. P. (2014). Tipos de conjugalidade e sexualidade na transição para a parentalidade de mulheres de classe média de Salvador, Bahia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 29-46.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100003
- Vivian, A. G. (2010). *Tornar-se Mãe de um Segundo Filho: Da Gestação ao Segundo Ano de Vida da criança* (Tese de doutoramento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Volling, B., Kennedy, D., & Jackey, L. (2010). *The Development of Sibling Jealousy*.
<https://doi.org/10.1002/9781444323542.ch17>
- Walz, B., & Rich, O. (1983). Maternal tasks of taking – on a second child in the postpartum period. *Maternal – Child Nursing Journal*, 12(3), 185–216.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. The MIT Press.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6ª ed.). FA Davis.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspetiva*, 36(136), 133-144.
https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf
- Zuluaga, M., Mesa, S., Valência, J., & Bustamante, A. (2019). A metáfora na terapia familiar: fundamentos para a intervenção. *Jornal da Faculdade de Serviço Social*, 35(35), 80-105.
<https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>

ANEXOS

ANEXO I –Instrumento de colheita de dados para caracterização das famílias

Variáveis		Família 1	Família ...	Família 60	Total
Nº de elementos que compõe a família	1				
	2				
	3				
	4				
	Mais de 4				
Idade de cada membro da família	Mulher				
	Mulher				
	Mulher				
	Mulher				
	Homem				
	Homem				
	Homem				
	Homem				
Tipo de família	Nuclear				
	Unipessoal				
	Alargada				
	Reconstruída				
	Monoparental liderada por H/M				
	Casal				
	Coabitação				
	Família Institucional				
Etapa do Ciclo Vital	Formação de Casal				
	Família com filhos pequenos				
	Família com filhos idade escolar				
	Família com filhos adolescentes				
	Família com filhos adultos				
	Não se aplica				
Grávida	Sim				
	Não				
Subsistema	Parental				
	Conjugal				
	Fraternal				
	Não se aplica				
Escala Notação Social da Família (Graffar Adaptado)	Classe I / Alta				
	Classe II / Média-Alta				
	Classe III / Média				

	Classe IV / Média-Baixa				
	Classe V / Baixa				
Doenças Crónicas					
Rede Social	Família Extensa				
	Vizinhos				
	Amigos				
	Trabalho				
	Serviços de Saúde				
	IPSS/Serviço Social				
	Escola				
	Igreja				
	Outro				
Animal doméstico	Sim				
	Não				
	Vacinado e Desparasitado?				
Membro Dependente	Sim				
	Não				
	Quem presta cuidados				

ANEXO II – Matriz Operativa do MDAIF (Versão Reduzida) – adaptado de Figueiredo (2012)



A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

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

Dado avaliativo: Família Extensa	
Tipo	Nome(s) <i>(igual ao assinalado no genograma)</i>
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 (Eco mapa)

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

Dado avaliativo: Classe social									
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
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 oduração ≤ 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 T) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, 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 L) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militantes de nível L	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

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

Critérios relativos ao Tipo de Habitação
(eliminar o que não se adequa)

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

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



Se Rendimento Familiar Insuficiente

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

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> - 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>
Crítérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

 Se Edifício Residencial Negligenciado

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

Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

 Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada

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

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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


 Se Abastecimento de Água Não Adequado

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

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

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



Se Animal Doméstico Negligenciado

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

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

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

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

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

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (eliminar o que não se adequa)



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planear rituais familiares
	Motivar para atividades em conjunto
	Ensinar sobre sexualidade
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
	Orientar para serviços médicos
	Orientar para terapia familiar

Orientar para serviços (psicologia)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado	
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional	
Atividade Diagnóstica do item	B.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	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo <i>Se Uso qual?</i>	
<u>Uso de Contracetivo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contracetivo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
<u>Interrupção do uso de contracetivo</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contracetivo adotado	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Satisfação com o contracetivo adotado</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos		
<u>Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência		
<u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos		
<u>Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Uso de contracetivo Não adequado Se: Uso de contracetivo e Um dos itens se situar no Não		
Subdiagnóstico	Uso de contraceptivos adequado / Não adequado (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher		
<u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>		
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados	

<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	<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.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
<u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
<u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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 desvantagens de gravidez não desejadas	
<u>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento 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- Planeamento familiar
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz Se Fertilidade Comprometida e/ou;

	• Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; • Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado • Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; • Conhecimento sobre reprodução não demonstrado
Diagnóstico:	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado / Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado/ Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	E ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	E ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	E 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
	E ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	E ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	E ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	E ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequada)	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.3- Adaptação à Gravidez	
Dimensão	B.3.1- Conhecimento	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cónjuge(s))</i>

	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.	
<u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
<u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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.	
<u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
<u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	

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

Foco	B.3. Adaptação à gravidez
Critérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	• Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado (eliminar o que não se adequa)



Se Adaptação à Gravidez Não Adequada

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez
	Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez

	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Orientar para serviços de saúde
	Facilitar o suporte familiar
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre</u>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>perda de peso fisiológica</u>	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde	
<u>Conhecimento dos pais sobre a</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>vigilância de saúde</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
<u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até a infância escolar)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

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

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

<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação		
	B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas		
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança		
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO		
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO		
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO		
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO		
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	

	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
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 (eliminar o que não se adequa)	



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	(Recém-nascido) Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação (De recém-nascido até à infância escolar) Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes

Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	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.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	<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	B.5.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
		Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
		Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	B.5.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
		Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
		Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de</u>	B.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/reposo adequado à criança	
		Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

Critérios diagnósticos	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO				
Subdiagnóstico	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)				
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão				
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança				
Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	<table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança				
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	<table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança				
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	<table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança				
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	<table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança				
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	<table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança				

<u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
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> Fundamentação	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

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

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos pequenos (da infância escolar ao início da adolescência)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Adaptação da família à escola Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares

	Promover a socialização/autonomia da criança Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	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	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
<u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	

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

	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
<u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
<u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
<u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	

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

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)	



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada

Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do Papel</u>	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do Papel</u>	B.7.5- Existência / Não existência de saturação do papel	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

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

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

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

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

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		

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

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
<u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

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

Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Fundamentação	
	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 (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
<u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

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

<u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Crítérios diagnósticos	Fundamentação Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
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
Diagnóstico:	• Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia Instruir PC sobre técnica de fanerotomia Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data
	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel 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 íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR
Comunicação Emocional
Quem na família expressa mais os sentimentos?

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

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

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

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

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazeres		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)					
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão		Adaptabilidade				Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

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

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

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Atividade Diagnóstica do item	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
<u>Comunicação Emocional</u>	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz		
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz		
<u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)		
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)		
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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	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 (eliminar o que não se adequa)		
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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz		
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa) Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Atividade Diagnóstica do item <u>Funcionalidade da Família</u>	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Crítérios 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 (eliminar o que não se adequa)	
Foco	C.2- Processo Familiar	
Crítérios 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 (eliminar o que não se adequa)	



Se Processo Familiar Disfuncional

Resultados Desejados	(colocar texto 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
	Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família
	Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)
	Requerer Serviço Social

	Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia) Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

ANEXO III – Documento Excel® - Registo de Enfermagem

Plano geral de consultas

Consulta - 1ª Consulta (até 9 semanas e 6 dias)
 Até às 30 semanas - 1 consulta a cada 4/6 semanas
 Das 30 às 36 semanas - 1 consulta a cada 2/3 semanas
 Após as 36 semanas - 1 consulta a cada 1/2 semanas

Índice de acompanhamento adequado em Saúde Materna (Código 6.33.02): 6 consultas de Enfermagem de vigilância de gravidez ou de revisão de puerpério (compreendido entre DUM e 42º dia de puerpério)

Vigilância de Gravidez

Identificação da Família	NOP (Grávida)	Data última Menstruação	Data Provável de Parto	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª consulta	5ª Consulta	Consulta/s Seguinte/s

Consulta de Puerpério	Tdpa (30-32 Semanas)	Grupo Sanguíneo	Imunoglobulina (28 Semanas)	Referenciação Curso de Preparação para o Parto

ANEXO IV – Documento Excel® - Registo da equipa da USF

Plano geral de consultas

Consulta - 1ª Consulta (até 9 semanas e 6 dias)
 Até às 30 semanas - 1 consulta a cada 4/6 semanas
 Das 30 às 36 semanas - 1 consulta a cada 2/3 semanas
 Após as 36 semanas - 1 consulta a cada 1/2 semanas

Ecografias

11-13 semanas + 6 dias
 20-22 semanas + 6 dias
 30-32 semanas + 6 dias

Análises

13 semanas
 24-28 semanas
 32-34 semanas

Índice de acompanhamento adequado em Saúde Materna (Código 6.33.02): 6 consultas de Enfermagem de vigilância de gravidez ou de revisão de puerpério (compreendido entre DUM e 42º dia de puérpério)

Vigilância de Gravidez

Identificação da Família	NOP (Grávida)	Data Última Menstruação	Data Provável de Parto	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª consulta	5ª Consulta	Consulta/s Seguinte/s

Consulta de Puerpério	Tdpa (30-32 Semanas)	Grupo Sanguíneo	Imunoglobulina (28 Semanas)	Referenciação Curso de Preparação para o Parto	Ecografia e análises 1º Trimestre	Ecografia e análises 2º Trimestre	Ecografia e análises 3º Trimestre

ANEXO V – Questionário de avaliação das Necessidades

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

<https://docs.google.com/forms/u/1/d/1j3as2YlKksEfyzp3Rv0ZPUz3H..>

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 *

Marcar tudo o que for aplicável.

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

2. Sexo *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefiro não responder

3. Tempo de exercício profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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 *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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 perceção 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? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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 perceção 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? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO VI – Plano de sessão

Sessão								
Tema	FamiliApp						Duração	20 min
Data:	23/02/2024	Horário	13h			Local de realização		Sala de Reuniões USF
Objetivos geral	Apresentar <i>FamiliApp</i>							
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	Juliana Ferreira e Joana Pinho, Inês Portilho Viseu (em outra USF)					Assinatura:		
Outros (s.a)								
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 formadoras 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 <i>PowerPoint</i> e videoprojector	Diagnóstica (Formulação oral de perguntas)	
Desenvolvimento	10min	Os formandos/las deverão ter conhecimento para: 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 pelas mestrandas - <i>FamiliApp</i> Descrever vantagens e desvantagens da utilização da aplicação móvel - <i>FamiliApp</i> Descrever modo de usar a aplicação móvel <i>FamiliApp</i>	Definição de família; Definição de avaliação e intervenção familiar; Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF, MCIF e MDAIF); Definição de aplicação móvel; Relação de aplicação móvel com os cuidados de enfermagem; Definição <i>FamiliApp</i> ; Vantagens e desvantagens da utilização da <i>FamiliApp</i> ; <i>Demonstração da FamiliApp</i> .	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 <i>PowerPoint</i> , vídeo <i>FamiliApp</i> 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 <i>PowerPoint</i> , videoprojector, Formulário Google, telemóveis dos formandos.	Sumativa (Formulação escrita de perguntas e Observação e Medição)	

ANEXO VII – Questionário de avaliação da formação

Avaliação sessão de formação profissional

<https://docs.google.com/forms/w/1/d/1ouWxq4GFEhL9V11cMVNUhW..>

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 *

Marcar tudo o que for aplicável.

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

2. Sexo *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefiro não responder

3. Tempo de exercício profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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 *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.

[illegible]

19. De 1 a 10, onde 1 = Totalmente Inadequado e 10 = Totalmente Adequado, como avalia os equipamentos audiovisuais utilizados? *

Marcar apenas uma oval.

[illegible]

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.

[illegible]

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.

[illegible]

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.

[illegible]

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.

[illegible]

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.

[illegible]

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.

[illegible]

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO VIII –1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo



As Presidentes do 1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo, realizado no dia 12 de dezembro de 2022, certificam que:

Juliana Emanuela Brito Ferreira

participou no supracitado seminário.

Cristina Mendes Dora Machado



NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Juliana Emanuela Brito Ferreira** participou no evento **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

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

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

ANEXO X - 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo

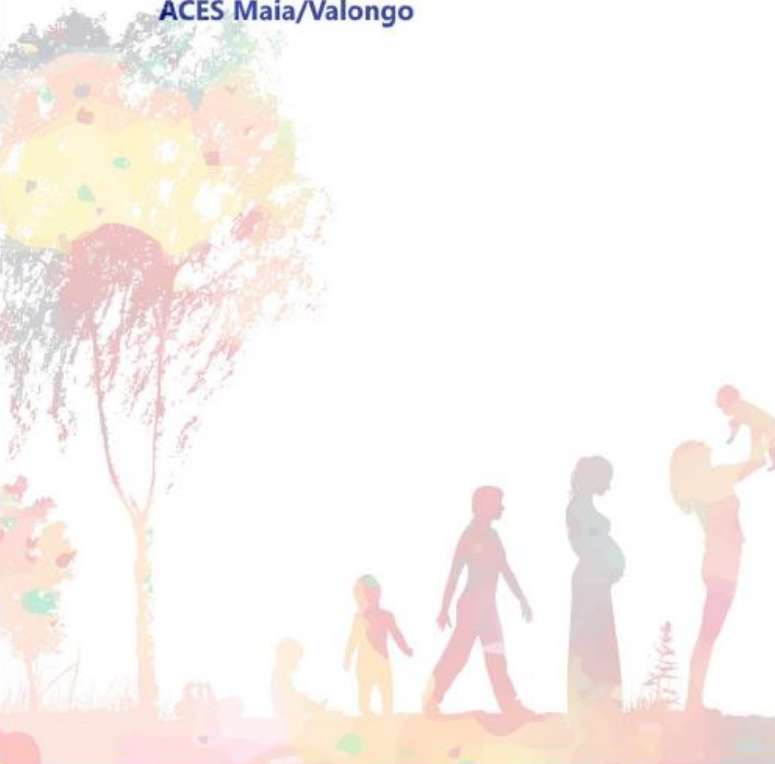


**2º Seminário
Enfermagem
Saúde Familiar**
ACES Maia/Valongo



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

Juliana Emanuela Brito Ferreira



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



Cristina Mendes Dorafache

ANEXO XI- 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

Juliana Emanuela Brito Ferreira

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

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique n.º 115, 2.º Dt
4460-203 Matosinhos

ANEXO XII – Webinar: Intervenção Sistémica à Família



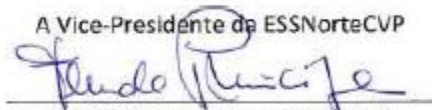
Certificado

Certifica-se a presença de

Juliana Emanuela Brito Ferreira

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

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização

ESS+
Escala Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Juliana Ferreira

participou no Webinar “Consulta pré-natal e preparação para a parentalidade” realizado no dia 27 de junho de 2023, com a duração de 1 hora.

Dr. Ricardo Rodrigues

Administrador
Trofa Saúde Boa Nova

Dr.ª Andreia Oliveira

Médica especialista em Pediatria no
Trofa Saúde Boa nova



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Juliana Ferreira

participou no Webinar “Gravidez em idade avançada” realizado no
dia 13 de julho de 2023, com a duração de 1 hora.

Dr. Paulo Martins

Administrador
Trofa Saúde Gaia

Dr.ª Carla Pina

Médica especialista em Ginecologia e
Obstetrícia no Trofa Saúde Gaia