

**FAMILI(AR): AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS QUE
INTEGRAM MEMBRO COM DPOC - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.**

Relatório de Estágio

Inês Portilho Bermudes Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMILI(AR): AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM
FAMÍLIAS QUE INTEGRAM MEMBRO COM DPOC -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR.

FAMILI(AR): ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES
WITH MEMBER WITH COPD - PROJECT TO DEVELOP
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY NURSING
IN THE AREA OF FAMILY HEALTH NURSING.

Estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e
coorientado pelo Mestre Pedro Silva

Inês Portilho Bermudes Viseu

Porto, 2024

“Lembra-te: nasceste sob pressão e continuaste para estar nela mais uma vez, e mais uma vez... e mais uma vez... e mais uma vez... e outra vez até te faltaram dedos para contar as vezes em que foste sublime no segundo impossível, sensato no minuto treloucado, forte no instante mais frágil e mágico no momento mais duro. Tu foste feito para fazer do impossível o fácil. Tu foste feito para fazer do invisível uma imagem.” João Negreiros.

(in João Negreiros, Vai mudar a tua vida 1ªEd, 2016, p. 12-13)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, orientadora do presente trabalho, por ser um ícone irrevogável da Enfermagem de Saúde Familiar e por transmitir com tanta simplicidade, humildade e paixão todo conhecimento e experiência que serão sempre essenciais para o meu papel de enfermeira.

Ao Mestre Pedro Silva por me ensinar o equilíbrio e quando dizer que não.

Ao Enfermeiro Ricardo Moreira pela coragem, pela disponibilidade, pelo discernimento e amabilidade sempre demonstrada.

Às equipas multiprofissionais de ambas as USF, que me acolheram neste percurso.

Aos colegas das Consultas Piso -1 do Hospital CUF Porto pelo apoio e compreensão ao longo destes meses.

Às colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar pela coragem e partilha. À Joana, especialmente, pela amizade e pela compreensão e presença incessante desde o início desta caminhada académica. À Ana Luísa, pela leveza e pragmatismo.

Aos meus maravilhosos amigos por serem brisa no meio das tempestades. À Bá por ser Sol.

Às Equipas de Jovens de Nossa Senhora, pela constante alegria.

Agradeço de forma imensurável à minha Mãe e ao meu Pai, pelo apoio incansável, por acreditarem em mim mais do que eu própria e por me ajudarem a ser quem sou. Por me fazerem viver a importância da família. Por me incentivarem sempre a ser melhor em tudo o que faço e especialmente a ser feliz.

Aos meus avós por me ensinarem a simplicidade, o trabalho, o espírito de sacrifício e a saudade.

Ao Mário por me mostrar que “o amor não muda quando encontra mudança”.

A mim, que sem saber todas as respostas, continuo a construir sonhos.

Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

ARS, IP - Administração Regional de Saúde, IP

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DiOr - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional

DL – Decreto-Lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECESF – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

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

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

HTA – Hipertensão Arterial

ICN - International Council of Nurses

ID – Indicador de Desempenho

IDG – Índice de Desempenho Global

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

PBE – Prática Baseada na Evidência

PF- Planeamento Familiar

SI – Sistema de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SR – Scoping Review

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCs – Unidades Curriculares

UFs – Unidades Funcionais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

A transição accidental vivida pela família aquando do diagnóstico de um membro da família com doença crónica representa “um admirável mundo novo” para todos os elementos. O processo de adaptação à doença por parte do sistema familiar é um momento de vulnerabilidade. É essencial que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de saúde familiar atuem significativamente partindo da premissa que a família é um sistema global. No âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende-se fornecer cuidados às famílias, tratando-as como uma unidade de cuidados, juntamente com os seus membros, ao longo de todas as fases da vida e em diversos níveis de prevenção. Além disso, visa-se promover a liderança e a colaboração nos processos de intervenção no campo da Enfermagem de saúde familiar, evidenciando o processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros) e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária na área de Enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros). O processo de Enfermagem foi elaborado a quatro famílias que integram membro com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi escolhido para guiar as atividades provenientes das intervenções de Enfermagem às famílias pela estrutura operativa que possibilita realizar uma ligação contínua nas etapas do processo de Enfermagem. Tem por bases teóricas o Modelo Calgary de Avaliação e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar e como referencial epistemológico, o pensamento sistémico. Os diagnósticos identificados implicaram cuidados familiares sistémicos e flexíveis com a implementação de intervenções específicas, como as cartas terapêuticas, com ganhos em saúde. Outras relevantes contribuições resultaram da criação de um protocolo de Scoping Review que justifica a criação e a apresentação de uma aplicação móvel de Enfermagem de saúde familiar, a FamiliApp. Assim, contribuiu-se para apresentação da prestação de cuidados às famílias que integram membro com DPOC nos cuidados de saúde primários, apoiada pela evidência científica atual e promoveu-se o desenvolvimento pessoal e profissional. Foram identificadas recomendações importantes, como a necessidade de aprofundar a pesquisa sobre a abordagem sistémica às famílias e a utilização do MDAIF, vitais para uma atuação cada vez mais credível cientificamente na Enfermagem de saúde familiar.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Enfermagem Familiar, Estratégias de eSaúde, Saúde da Família.

Abstract

The accidental transition experienced by the family upon the diagnosis of a family member with a chronic illness represents "a brave new world" for all involved. The process of adapting to the illness by the family system is a moment of vulnerability. It is essential for specialist nurses in Family Health Nursing to act significantly, starting from the premise that the family is a global system. Within the Professional Internship with Report - Module I and Professional Internship with Report - Module II, of the Master's Degree Program in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at Escola Superior de Enfermagem do Porto, the aim is to provide care to families, treating them as a unit of care along with their members, throughout all stages of life and at various levels of prevention. Additionally, the goal is to promote leadership and collaboration in intervention processes in the field of Family Health Nursing, highlighting the development of common competencies of the specialist nurse (Order of Nurses Regulation No. 140/2019) and specific competencies of the specialist nurse in Community Nursing in Family Health Nursing (Order of Nurses Regulation No. 428/2018). The Nursing process was developed for four families with a member diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was chosen to guide nursing interventions with families due to its operational structure, which enables continuous connection in the stages of the Nursing process. It is based on the Calgary Family Assessment and Intervention Models and the systemic thinking epistemological framework. The identified diagnoses involved systemic and flexible family care with the implementation of specific interventions, such as therapeutic letters, resulting in health gains. Other significant contributions resulted from the creation of a Scoping Review protocol, justifying the development and presentation of a Family Health Nursing mobile application, *FamiliApp*. In summary, this contributed to the presentation of care provision to families with a member with COPD in primary healthcare, supported by current scientific evidence, and promoted personal and professional development. Important recommendations were identified, such as the need to deepen research on systemic approaches to families and the use of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, vital for increasingly credible scientific practice in Family Health Nursing.

Keywords: Primary Healthcare, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Family Nursing, eHealth Strategies, Family Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	27
1.1. Descrição do contexto da prática	28
1.2. Caracterização das famílias.....	30
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	33
2.1. A progressão da Enfermagem no contexto de Saúde Familiar e a influência da família	33
2.2. DPOC e a família	39
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	45
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	45
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	90
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS.....	121
ANEXO I - Questionário de caracterização das famílias	
ANEXO II - Matriz Operativa – versão reduzida	
ANEXO III - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação	
ANEXO IV - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação	

ANEXO V - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 3, por dimensões de avaliação

ANEXO VI - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 4, por dimensões de avaliação

ANEXO VII - Diagnóstico das necessidades de Formação Profissional - Formulários Google

ANEXO VIII - Plano de Sessão de Formação Profissional

Anexo IX - Avaliação Sessão de Formação profissional - Formulários Google

ANEXO X - Certificado Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar

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

ANEXO XII - Certificado Autora de Comunicação Oral no Congresso Internacional “A Família no Epicentro da Pandemia”

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

ANEXO XIV - Certificado membro SPESF

ANEXO XV - Certificado grupo Enf.amilia, Comissão Inovação e Desenvolvimento SPESF

ANEXO XVI - Certificado de participação no Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"

ANEXO XVII - Declaração de participação: “NursID Spring School 2023”

ANEXO XVIII - Certificado Autora Póster: “NursID Spring School 2023”

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

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

ANEXO XXI - Certificado de Competências Pedagógicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária de Utentes inscritos na USF I e distribuição das inscrições nos CSP	
Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários	29
Figura 2: Genograma da Família 1 e respetiva legenda de símbolos	51
Figura 3: Genograma da Família 2 e respetiva legenda de símbolos	62
Figura 4: Genograma da família 3 e respetiva legenda de símbolos.....	69
Figura 5: Genograma da Família 4 e respetiva legenda de símbolos	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de elementos das famílias da lista do enfermeiro tutor.	30
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.....	86
Gráfico 2: Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.	86
Gráfico 3: Intervenções realizadas no âmbito da ESF por número total de famílias.....	87
Gráfico 4: Atividades realizadas no âmbito da ESF por número total de famílias.....	88

INTRODUÇÃO

O relatório mostra as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), desenvolvidas ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Deste modo, pretende-se apresentar e descrever as atividades realizadas durante a concretização das unidades curriculares (UCs) Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, que decorreu de 27 de abril de 2023 a 30 de junho de 2023 e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, que decorreu de 18 de setembro a 26 de janeiro de 2024, na zona noroeste do nosso país.

Em Portugal a organização dos cuidados a nível da saúde foi sofrendo diversas evoluções e melhorias. De facto, a perceção que seria do encargo estatal a organização, prestação e acesso aos cuidados de saúde, surgiu após a aprovação da Constituição do ano de 1976, na qual se evidencia que todas as pessoas têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover (Novais, 2010). Deste modo nasceu, três anos mais tarde, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro de 1979 (Nunes, 2020). O SNS certifica que deve ser veemente promovida a articulação entre os vários níveis de cuidados (Pisco & Pinto, 2020).

Salienta-se que o SNS tem na sua base os Cuidados de Saúde Primários (CSP), junto das comunidades e das famílias (Pisco & Pinto, 2020). Os CSP englobam uma ampla gama de serviços, incluindo: Promoção da saúde e prevenção de doenças, Diagnóstico e tratamento de doenças comuns, Gestão de condições crónicas, Cuidados de saúde mental e Coordenação do cuidado (Ministério da Saúde, 2017). Em adição, são fundamentais e fornecem uma base sólida no compromisso com a justiça e equidade social, tentando eliminar toda a discrepância entre a teoria e a prática no que diz respeito ao direito à saúde para todos (OMS, 2019a).

Entre 2002 e 2010, ocorreram reformas significativas nos CSP (Fronteira et al., 2019). De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. Deste modo e com vista a assegurar uma gestão mais eficiente

dos cuidados de saúde deu-se a instituição por parte do governo dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que são serviços de saúde autónomos administrativamente que incluem unidades funcionais de um ou mais centros de saúde, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de uma área geográfica e que estão integrados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Ministério da Saúde, 2008). Das unidades funcionais, destacam-se nesta caracterização as Unidades de Saúde Familiar (USF). Efetivamente, a circunstância com mais impacto da reforma inaugurada no início do milénio foi a implementação das USF em 2007 (Biscaia & Heleno, 2017) enquanto equipas multidisciplinares, constituídas por enfermeiros de família, médicos de família e secretários clínicos, auto-organizadas de forma voluntária e com maior grau de autonomia na gestão assistencial e funcional com vista a prestar cuidados de Enfermagem e médicos, personalizados, inseridos nos centros de saúde (Silva et. al., 2021). As USF adotaram novas modalidades organizativas, promovendo trabalho em equipa, orientação comunitária, autonomia administrativa e avaliação de desempenho (Biscaia & Heleno, 2017).

Após a criação das USF, surgiu a questão do reconhecimento da especificidade da Enfermagem nos cuidados primários. O Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, finalmente reconheceu a figura do "enfermeiro de família" nas equipas de Saúde Familiar e os contributos prestados pelos mesmos na promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito dos CSP, estabelecendo os seus princípios e o enquadramento da sua atividade no âmbito das USF e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Em 2010 foi proposta pela Ordem dos Enfermeiros (OE) responsabilidades e tarefas para o enfermeiro de família, todavia não houve acordo entre a mesma com os sindicatos e com o Ministério da Saúde protelando-se essa realidade até 2017 (Fronteira et al., 2019). Em 2015, iniciou-se um novo ciclo legislativo após a crise financeira, dando continuidade à reforma dos CSP, o que envolveu entre outras medidas, a criação de mais Unidades de Saúde Familiar e a implementação de novas modalidades de contratualização, como carteiras de serviços (Lapão & Pisco, 2019). Posteriormente e de acordo com o artigo sete do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho - os enfermeiros que constituem as USF passaram a ter obrigatoriedade de deter o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2017). No ano seguinte dá-se o reconhecimento da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (Fronteira et al., 2019). O propósito é reforçar as dinâmicas familiares num ambiente único, capacitando a família a usar recursos tanto internos quanto externos para preservar a saúde de seus membros e fomentar a autonomia. (Figueiredo, 2012; OE, 2018).

Um dos marcos do ano de 2019 foi a discussão e promulgação de uma nova Lei de Bases da Saúde em agosto. Essa legislação retomou a prática em dedicação plena dos profissionais de saúde, representando um desenvolvimento importante nesse contexto (Fronteira et al., 2019). As mudanças são permanentes e em 2022 foram introduzidas alterações significativas no SNS, entre as quais a criação de uma Direção Executiva do SNS, a redesignação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) como institutos públicos autónomos para cuidados primários (Presidência do Conselho de Ministros, 2022). No ano passado, salientam-se as seguintes atualizações: a conceção, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde e a aprovação do regime jurídico de dedicação plena no SNS e da organização e do funcionamento das unidades de Saúde familiar criando as condições precisas para generalizar as USF modelo B. (Ministério da Saúde, 2023a).

As USF comprovam o inegável impacto da família na saúde e na sociedade. A família é reconhecida como um grupo de pessoas que estabelecem interações entre si de modo sistemático e organizado o que contribui para a individualidade do grupo e para sua autonomia (Relvas, 2000). Contudo, a definição de família pode variar de acordo com o contexto cultural, social, legal e individual (Dias, 2011; Kaakinen et al., 2018). É importante notar que as definições e composições de famílias podem ser diversas e evoluírem ao longo do tempo (Fragoso, 2020). A família pode ser encarada como o grupo primordial no qual a pessoa se insere sendo expectável que este exerça uma influência em determinados tipos de vínculos que também irão ter interferência na formação da identidade do sujeito (Brotto & Guimarães, 2017). A família, enquanto um sistema com funções sociais, continua a ser um ambiente fundamental de apoio para a vida e para a saúde dos seus integrantes (Spínola & Figueiredo, 2023).

A presença de doença crónica (DC) num membro da família pode afetar profundamente o sistema familiar, trazendo desafios permanentes e mudanças irreversíveis (Sousa et al., 2021). Enquanto o indivíduo encara uma transição de saúde/doença, a família vive uma transição accidental de adaptação à doença (Meleis, 2010; Margolis et al., 2020). Deste modo, cuidar da família que integra um membro portador de DC envolve um vasto saber sobre as características que ilustram o sistema familiar, como crenças, comportamentos, princípios e o efeito que estes imprimem nas tarefas e nos papéis familiares (Silva et al., 2021). Ademais, os impactos da doença crónica, afetam o funcionamento familiar e cada um dos seus elementos, interferindo com os subsistemas conjugal, filial, parental, até ser atingindo uma vez mais o equilíbrio após a co construção da dinâmica familiar (Brotto & Guimarães, 2017).

Um exemplo de DC é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), que se refere a um grupo de problemas pulmonares crónicos e incuráveis que restringem o fluxo de ar, resultando em dificuldades respiratórias (GOLD, 2023). A DPOC tem impacto significativo tanto nos aspetos físicos quanto nos socio emocionais, afetando diretamente os doentes e a vida familiar (Schmitt et. al., 2021).

Deste modo, o relatório com o título “FAMILI(AR) - Avaliação e intervenção em famílias que integram membro com DPOC “ desenvolvido no âmbito MECESF tem a família como principal alvo de atenção sem esquecer a DC. Efetivamente, cabe ao enfermeiro de família ter uma visão preponderante na parte e no todo de acordo com o pluralismo e com a singularidade que é inerente às famílias.

Os objetivos gerais das atividades desenvolvidas ao longo da componente clínica do curso de mestrado regem-se pelas competências comuns e específicas do EEECESF, sendo eles:

A – Prestar cuidados em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar através da avaliação e intervenção nas famílias que integram membro com DPOC.

B – Colaborar na liderança e nos processos de intervenção, no âmbito da ESF.

De modo que o documento ilustre o caminho que leva à concretização dos objetivos, está dividido nas seguintes partes: caracterização do contexto clínico onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional e caracterização das famílias, enquadramento teórico para esclarecer e apoiar as necessidades identificadas, de seguida desenvolvimento das atividades clínicas tendo em conta os objetivos supramencionados e a reflexão sobre os ganhos em saúde para as famílias e para a ESF. Posteriormente, surge a conclusão para resumir de forma concisa as ideias e informações apresentadas.

Por fim, a metodologia de trabalho é essencialmente baseada na pesquisa, leitura e análise de fontes como livros, artigos científicos, revistas e relatórios académicos para a fundamentação teórica. Além disso, são considerados os contributos dos colegas e professores. A pesquisa visa produzir documentos confiáveis e referências sólidas para abordar as diversas temáticas com rigor científico. Utilizaram-se bases de dados e motores de busca, como Scielo, ELSEVIER, EBSCO Holst e Google Scholar, para obter informações relevantes.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Este capítulo engloba as particularidades da prática clínica, isto é, não só descreve, mas também explica a situação do contexto concreto que está no cerne do processo de aprendizagem durante as UCs Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II que tiveram como finalidade fomentar o desenvolvimento de habilidades específicas relacionadas ao EEECESF.

São muitas as habilidades necessárias para que um enfermeiro atue de forma eficaz. Sabe-se que o profissional deve estar bem preparado para desempenhar um papel significativo na implementação dos princípios do sistema de saúde atual, daí precisar de estar constantemente a desenvolver a sua aptidão para contribuir para um aprimoramento contínuo (Lowen et. al., 2015). A realização de estágios no âmbito do MECESF foi o principal modo de aperfeiçoar a prática e de adquirir competências próprias. De facto, os estágios com supervisão são cruciais na formação de um profissional de Enfermagem (Viana et. al., 2020). O estágio aparece como um importante meio pelo qual o discente consegue suprir as carências relacionadas à prática profissional e vivenciar a realidade da esfera de trabalho (Moreira et. al, 2018). É neste contexto que o estudante deve adotar uma perspetiva crítica e utilizar o conhecimento adquirido anteriormente (Pascoal & Souza, 2021). Concretamente, é expectável que haja um progresso no modo de encarar as famílias com proximidade e com efetiva relação terapêutica, o que ultrapassa a teoria.

Ainda, neste capítulo, procede-se à descrição de uma amostra de 60 famílias selecionadas por meio de uma amostragem não probabilística, como discutido por Fortin (2009). Inclui detalhes sobre como os dados foram colhidos e a análise subsequente dessa informação. Efetivamente, a caracterização permitiu conhecer de modo mais completo a lista de famílias do enfermeiro tutor.

1.1. Descrição do contexto da prática

Os CSP referem-se aos serviços de saúde essenciais, que procuram satisfazer as necessidades relativas à saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades, ao longo de toda a vida (OMS, 2019a).

Em respostas às necessidades de saúde da população e às suas maiores exigências na acessibilidade e na satisfação aos serviços de saúde bem como reforçar os CSP, surgiu a Unidade Local de Saúde (ULS). De acordo com o DL nº 207/99, de 9 de junho, a ULS permite promover a integração dos cuidados, abordando de forma coletiva os desafios enfrentados por cada nível de cuidado, compartilhando responsabilidades e recursos. As primeiras ULS foram criadas entre 1999 e 2012. A área de influência da ULS na qual se realizaram os estágios, no ano de 2020 correspondia a 62,4 Km² e 175.478 habitantes. Em adição, pretende assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área delineada. Esta ULS tem como objetivo a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, agregando numa entidade singular, os diversos serviços e instituições do SNS e é constituída por mais de dez USF.

Conforme estabelecido pelo Decreto-Lei nº 103/2023, as USF são unidades de cuidados de saúde que promovem competências profissionais e participação na gestão, visando melhorar o desempenho e a satisfação (Ministério da Saúde (2023a). A multidisciplinaridade é refletida na sua estrutura, com coordenação e conselhos técnicos. Essas unidades adotam um modelo organizacional flexível, onde as funções de gestão e execução se integram, em consonância com a Carteira Básica de Serviços (Ministério da Saúde, 2007b).

Uma das USF que integram a ULS é a USF I na qual decorreu o primeiro estágio de natureza profissional do Mestrado em causa. A USF I desenvolve a sua atividade há 13 anos e oferece um período de funcionamento e cobertura assistencial das 8:00H às 20:00H, nos dias úteis, tal como o previsto no Decreto-Lei 103/2023, Artigo 10º. A USF I disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos inscritos residentes, predominantemente, na união de freguesias onde se insere. A USF I ambiciona continuar a ser uma unidade que oferece serviços de saúde de alta qualidade orientado a sua prática nos seguintes valores: Trabalho em equipa; Respeito mútuo; Integridade e Qualidade.

Apresenta um modelo organizacional do tipo B que promove uma maior autonomia e responsabilidade das equipas de saúde no atendimento aos utentes (Ministério da Saúde, 2023b). Os incentivos são de acordo com o modelo, atribuídos aos enfermeiros da USF aferindo o Nível de Desempenho Global (IDG) atingindo pelas respetivas unidades funcionais no ano em causa (Ministério da Saúde, 2023a).

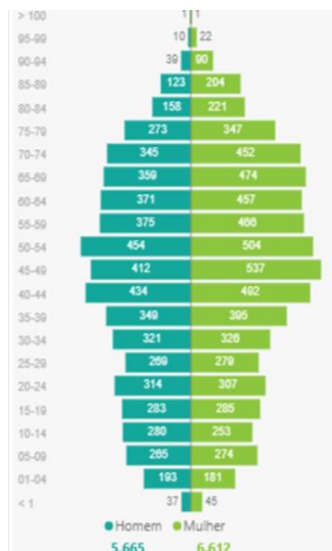


Figura 1 - Pirâmide Etária de Utentes inscritos na USF I e distribuição das inscrições nos CSP
 Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP do SNS, dentro da sua área de influência a USF I dá resposta a 12277 clientes inscritos, estando a sua população inscrita representada na Figura 1 (BI-CSP, 2023).

Em relação ao sexo, não são evidenciadas assimetrias relevantes como no resto do país, notando-se, porém, uma maior percentagem do sexo feminino (53,9%) (BI-CSP, 2023). A idade fértil compreendida entre os 15 e os 54 anos corresponde a 2621 mulheres, 39,6% da população feminina. Ainda sobre a Figura 1, esta é caracterizada por apresentar uma base estreita, com maior realce na faixa etária abaixo de um ano, um alargamento do centro médio e superior e uma nova retração no topo. A discrepância entre a base e a região central da pirâmide observada, assinala que a taxa de natalidade está em decréscimo, análise análoga àquela que é apresentada a nível nacional (Ministério da Saúde, 2023c).

Em idades entre os 1 e os 10 anos, a pirâmide da USF mostra alargamento semelhante à pirâmide nacional (Ministério da Saúde, 2023c). Quando explorado o índice de dependência, é possível perceber que o da USF I (60,9%) é superior ao nacional (56,5%), estando acima no que respeita aos jovens dependentes (40,9%) e aos idosos (36,8%) (BI-CSP, 2023).

A USF I tem no seu âmbito de ação cerca de 5135 famílias.

No que reporta às atividades, a USF I tem como programas a Vigilância, promoção e prevenção da doença: Saúde Adulto/Idoso, a Saúde da Mulher, a Saúde Infantil/Juvenil, ainda a Prestação de cuidados em situações agudas e o Acompanhamento clínico em situações de doença crónica: Hipertensão arterial; Diabetes Mellitus. No que diz respeito aos planos de acompanhamento interno (PAI) de 2023, a USF I apresenta três: PAI Acesso - Promoção da Saúde Oral; PAI - Vigilância da pessoa com DPOC; PAI - Fumadores com intervenção breve no Tabagismo.

Na carta de compromisso da mesma USF decorrente do Plano de Ação das Unidade Funcionais definido para 2023 apresentam-se, várias necessidades formativas identificadas, como por exemplo, a DPOC.

Os órgãos da USF I estão divididos pela Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral e deles fazem parte cinco enfermeiros de cuidados gerais, um EEECESF bem como um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica, sete médicos com a Especialidade de Medicina Geral e Familiar e cinco secretários (USF I, 2023).

1.2. Caracterização das famílias

<i>Família de 1 pessoa</i>	240
<i>Família de 2 pessoas</i>	196
<i>Família de 3 pessoas</i>	150
<i>Família de 4 pessoas</i>	102
<i>Família de 5 pessoas</i>	38
<i>Família de 6 pessoas</i>	9
<i>Família >6 pessoas</i>	6
<i>Total</i>	741

Quadro 1 - Número de elementos das famílias da lista do enfermeiro Tutor.

Partindo da lista de utentes do enfermeiro Tutor que correspondem a um total de 741 famílias, foi caracterizada uma amostra acidental de 60 famílias, constituídas por um total de 121 elementos. A amostra, em causa, trata-se de uma amostra não probabilística que é um procedimento pelo qual o grupo de pessoas de uma população é escolhido com vista a obter informação relacionada com um fenómeno, pela sua acessibilidade (Fortin, 2009). A seleção das 60 famílias advém das marcações efetuadas em agenda do enfermeiro Tutor na USF até perfazer o total pretendido.

As variáveis desta caracterização das famílias são os tipos de família e os subsistemas familiares (Figueiredo, 2012), as etapas do ciclo vital (Relvas, 2000), a classe social através da Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001), a presença de animais domésticos bem como a composição da família que agrega informações como identificação de membros, vínculos, datas de nascimento

e outros dados relevantes (Figueiredo, 2012). Ainda, presença de patologias (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças respiratórias) e hábitos tabágicos.

Estas variáveis integram o questionário (Anexo I) que foi aplicado através de entrevista semiestruturada (Manzini, 2004), juntamente com o consentimento informado. O preenchimento dos questionários ocorreu tanto em contactos presenciais como em não presenciais, de acordo com o conveniente para as famílias. Posteriormente, os dados foram organizados via Microsoft Office Excel, recorrendo a tabela dinâmicas e concebeu-se uma análise estatística descritiva dos resultados (Fortin, 2009).

Em seguida, foram examinadas as informações recolhidas. O tipo de família predominante foi o tipo de família unipessoal com 33,3% (20) , seguindo-se o tipo de família casal com 23,3% (14) , nuclear com 20,0% (12), monoparental com 13,3% (8), família do tipo alargada com 5,0% (3). No que concerne a outros tipos de família, tome -se como exemplo a institucional e a coabitação, correspondia a 5,0% (3) das famílias. Porém, no nosso país, os agregados familiares que predominam são as famílias com filhos, que se seguem pelas famílias do tipo casal e posteriormente as famílias com uma só pessoa (INE,2022).

No que respeita aos subsistemas familiares, 23,3% (14) corresponde às famílias em que apenas se vivencia o subsistema casal, famílias com mais do que um subsistema resultaram em 20,0% (12) , os subsistemas conjugal e parental faziam parte de 16,7% (10) das famílias e em 3,33% (2) das famílias também integravam o subsistema fraternal.

A etapa do ciclo vital mais presente corresponde a famílias que se enquadravam na etapa de família com filhos adultos. No que se refere à Classe Social foi possível identificar que 56,7% (34) das famílias pertencem à classe média, seguindo a classe média-alta com 31,7% (19) das famílias, e por fim a classe média-baixa com 11,7% (7). Em 2022, cerca de 2 milhões de pessoas em Portugal estavam em situação de risco de pobreza ou exclusão social, a taxa de pobreza ou exclusão social foi de 19,4%, indicando uma redução de 3 pontos percentuais em comparação com o ano anterior (INE, 2023a).

Existem 3,3% (2) famílias que integram um elemento totalmente dependente no autocuidado e 5% (3) três famílias que têm como função dar resposta às necessidades dos seus membros com dependência parcial nas atividades de vida diária, através dos seus recursos internos e/ou externos. Valores baixos quando comparados com realidade a nível nacional (BI-UF,2023). A

análise permitiu inferir que 38,3% (23) das famílias integra pelo menos um animal doméstico no seu lar.

A média de idades dos membros da família é de 58,2 anos, amplitude etária entre os 2 e os 95 anos, com um desvio padrão de 23,4 anos, com 47,1% (57) de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e 44,6, % (54) da amostra encontra-se reformada. Em 2021, a idade média da população portuguesa era de 45,4 anos (INE, 2022). A percentagem de elementos do sexo feminino foi de 58,3% (70) e 40,8% (51) ao sexo masculino. Estes valores espelham a realidade nacional (INE, 2023b).

Relativamente às patologias, foi possível perceber que existem 18,3% (11) famílias com pelo menos um membro da família com diagnóstico de diabetes mellitus, 46,7 % (28) famílias com pelo menos um elemento com hipertensão arterial. De facto, em 2018, cerca de 13,6% da população portuguesa com idades entre 20 e 79 anos, o que corresponde a aproximadamente 7,7 milhões de pessoas, foi estimada como portadora de Diabetes (Raposo, 2020). Em Portugal, estima-se que a prevalência da hipertensão arterial seja de 36% (Maia, 2023).

Tendo em conta a aliança entre análise de dados apresentada, destaca-se o número de famílias com pelo menos um elemento com diagnóstico de patologias respiratórias, DPOC, que corresponde a 33,3% (20) da amostra até ao momento atual. Na USF I, em dezembro de 2022, existiam 93 utentes com diagnóstico de DPOC em SClínico. Por sua vez, no ACES, seriam um total de 2610 utentes.

Aproximadamente 23% (14) das famílias tem um elemento ou mais com hábitos tabágicos. De acordo com o Plano de Acompanhamento Interno - Fumadores com intervenção breve no tabagismo, no ACES na qual a USF I se insere a proporção de utentes identificados com diagnóstico ativo de abuso de tabaco é de 17,4%, um valor superior à proporção nacional de 12,0%, provavelmente por subdiagnóstico a nível nacional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo, em primeiro lugar, pretende explicar como a ESF tem evoluído, em termos teóricos, considerando a abordagem sistêmica. Em segundo lugar, visa também examinar as informações disponíveis sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de Enfermagem às famílias que integram membro com DPOC nos CSP.

2.1. A progressão da Enfermagem no contexto de Saúde Familiar e a influência da família

Importa compreender o passado, para viver o presente e preparar o futuro. Este capítulo pretende mostrar a integração da família nos cuidados e na ESF especificamente.

A densidade da ESF pode ser repartida e associada a algumas áreas, como a política, a epistemologia, a ontologia e a sua intrínseca relação ao processo de Enfermagem no que diz respeito às transições familiares desde o modo de avaliação até ao de intervenção (Pires, 2016).

A Saúde Familiar é vista como um estado subjetivo influenciado por várias características que procuram otimizar a saúde da família como um todo (Figueiredo, 2009). Isso envolve a compreensão de que a saúde de cada membro individualmente e o funcionamento da família estão interligados (Silva, 2021). A ESF reconhece essa perspetiva e trabalha para fortalecer a autonomia da família, destacando as interações entre seus membros como essenciais para promover o bem-estar completo de todos os membros da família (Figueiredo, 2009; Pires, 2016).

Ao longo da história, a Enfermagem enfrentou diversas dificuldades, desde um trabalho árduo até à obtenção de algum reconhecimento pelas atividades desempenhadas (Fronteira et. al.,

2019). No momento atual, a Enfermagem representa uma profissão de grande competência e importância na prestação de cuidados de saúde (Fronteira et. al., 2019).

O ato de cuidar é inato à condição humana (Amezcu, 2015). No entanto, a Enfermagem começou a ser encarada de forma profissional no séc. XIX, graças a Florence Nightingale, cujo trabalho na Guerra da Crimeia evidenciou a redução da mortalidade com os cuidados de saúde (Lopes, 2012). Nightingale também descrevia intervenções às famílias nas suas obras (Calkin, 1990). Os enfermeiros sempre entenderam a relevância da família nos cuidados de saúde (Bell, et. al., 1990). Os cuidados à família evoluíram em conjunto com o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem (Figueiredo et. al., 2023).

No século XX, a globalização trouxe mudanças sociais e demográficas, alterando as necessidades de saúde e os paradigmas sociais (Castells, 1999). Estas mudanças levaram a uma nova estrutura nos sistemas de saúde, com um foco na comunidade em vez do indivíduo (Schober & Affara, 2001; Figueiredo et. al., 2023). Dando-se destaque aos cuidados de saúde prestados no domicílio com uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares (Figueiredo et. al., 2023). Em Portugal, desde os anos 90, experiências nos CSP enfatizaram a abordagem familiar na Enfermagem (Pisco & Pinto, 2020). Por sua vez, nos últimos 20 anos do novo milénio, a ESF avançou com reorganizações, produção científica e oferta de formação, com influência da OE (Pires, 2016; Figueiredo et. al., 2023). A criação do quadro Saúde 21 pela OMS, com a participação da OE, foi um marco para a ESF em Portugal, que reconheceu a importância dos cuidados primários centrados na família (OMS, 2002; Pires, 2016; Figueiredo et. al., 2023). A OE organizou a conferência nacional "A Cada Família o seu Enfermeiro" em novembro de 2000, após a subscrição da Declaração de Munique. O objetivo era partilhar experiências de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família. O evento resultou na publicação de um documento homónimo (OE, 2002), com o apoio de várias entidades governamentais. Posteriormente, em 2005, a reforma dos CSP foi retomada com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que propôs a reconfiguração e autonomia dos centros de saúde, além da implementação das USF. O lançamento e implementação das USF foram regulamentados pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, visando melhorar a qualidade dos cuidados prestados a indivíduos, famílias e comunidades.

No processo de criação da especialidade em ESF foi definido o perfil de Competências Específicas do EECESF, publicado em Diário da República em Regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro, que se destaca pelo conhecimento aprofundado e competências especializadas na prestação de

cuidados à família em todas as fases do ciclo de vida (Figueiredo et. al., 2023). O exercício profissional destes enfermeiros é guiado por quadros de referência congruentes com a prática nos CSP, enfatizando a família como cliente dos cuidados de Enfermagem e uma abordagem colaborativa que valoriza os recursos familiares (Figueiredo et. al., 2023).

No ano de 2017, foi aprovado o programa formativo para EEECESF, juntamente com o Regulamento n.º 555/2017, que define o processo de certificação individual de competências para a atribuição do título de enfermeiro especialista. Simultaneamente, Decreto-Lei n.º 73/2017 afirma que enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em ESF (Ministério da Saúde, 2017). Os EEECESF desempenham um papel determinante ao longo do ciclo de vida das famílias quer na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento como a ajudar as famílias a lidar com doenças crónicas e crises de saúde, muitas vezes atuando no domicílio das mesmas (Figueiredo et. al., 2023).

Efetivamente, o papel da família na sociedade contemporânea, uma vez mais, é incontestável. Tornando-se importante, aprofundar o conceito de família. O ICN (2023), define família como um grupo social composto por indivíduos ligados por laços de parentesco, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo considerada uma unidade ou um conjunto que funciona como um sistema mais complexo do que a simples soma de suas partes. Por outro lado, a família é essencialmente o que seus membros acreditam que ela seja, isto é, quem os seus membros identificam como tal (Kaakinen et al. 2018; Robinson, et. al., 2022). Efetivamente, a família não se limita a vínculos biológicos, matrimoniais, parceiros sexuais ou adoção (Figueiredo, 2012; Kaakinen et al. 2018).

Uma exposição da família é fundamental, especialmente na Enfermagem, porque os enfermeiros lidam com famílias que possuem tanto arranjos considerados convencionais como mais alternativos (Spínola & Figueiredo, 2023). Ademais independentemente da composição e estrutura, têm papéis específicos que desempenham para preservar a coesão da família como um todo, para atender às necessidades individuais de seus membros e para satisfazer as expectativas da sociedade (Figueiredo, 2012). A família, vista como uma unidade sistémica, desempenha um papel ímpar no apoio à saúde de seus membros (Figueiredo, 2012). Cabe ao EECESF devido às suas competências entender o papel desempenhado pela família, a sua auto-organização e a sua totalidade (Figueiredo, 2012). Veja-se a família como um puzzle, isto é, a junção das peças torna perceptível o próprio puzzle, contudo todas as peças são fundamentais e únicas. O puzzle cria-se e modifica-se de modo autónomo, sendo um sistema aberto para o meio

que o envolve. De facto, Bowen (1993) utilizou o conceito de sistema para descrever a dinâmica familiar, observando que uma mudança no comportamento de um membro da família desencadeia automaticamente uma resposta de adaptação em outro membro. A família, como um sistema com funções sociais, continua a ser crucial para apoiar a vida e a saúde dos seus membros (Figueiredo et. al.,2023).

É impossível encarar a família como um sistema aberto e não mencionar a tríade que abraça a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), que estabeleceu os princípios fundamentais para compreender as propriedades dos sistemas, a Cibernética, que investigou o funcionamento dos sistemas, e a Teoria da Comunicação Humana, que estabeleceu as conexões entre os elementos que constituem cada sistema aberto (Gomes et. al., 2014). Este conjunto despoletou o surgimento do pensamento sistêmico (Figueiredo, 2012; Gomes et. al., 2014).

A TGS nasceu nos anos 20 do século XX tendo vindo a ser desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy (Wright & Leahey, 2012). Os sistemas não podem ser compreendidos apenas pela soma de suas partes, mas como unidades integradas e interligadas (Vasconcellos, 2010; Gomes et. al.,2014). Cada um dos sistemas forma um todo com relação às suas partes e também é parte de um todo (Kaakinen & Birenbaum, 2011). Bertalanffy evidencia que a interação entre os componentes torna os elementos mutuamente interdependentes e caracteriza o sistema, diferenciando-o do aglomerado de partes independentes (Bertalanffy, 1976; Vasconcellos, 2010). Sendo assim, o todo emerge além da existência das partes e as ligações são o que dá coesão ao sistema, concedendo-lhe um caráter de totalidade e globalidade (Vasconcellos, 2008; Kaakinen & Birenbaum, 2011). A aplicação desta teoria na análise das famílias tem sido bastante significativa, sugerindo que as dinâmicas familiares são complexas e vão além das características individuais de seus membros (Kaakinen & Hanson, 2010). Por sua vez, a Teoria da Cibernética foi criada por Norbert Wiener e concentra-se na comunicação e no controlo de sistemas, divide-se em duas ordens: a primeira, que lida com a estabilidade e a autorregulação dos sistemas, e a segunda, que trata da mudança e da transformação dos sistemas (Wiener , 1951). A segunda ordem, inclui o observador como parte do sistema observado e introduz os pressupostos da complexidade, instabilidade e intersubjetividade na ciência (Wiener , 1951; Foerster 1996). A TGS e a Cibernética destacam a importância das interações e trocas de informações em sistemas complexos, como a família (Figueiredo, 2012). Enquanto a TGS proporciona uma visão abrangente da família como uma unidade sistémica, a Cibernética contribui com conceitos para compreender seu funcionamento e evolução (Figueiredo, 2012).

Por outro lado, Paul Watzlawick, teórico da comunicação, elaborou a Teoria da Comunicação Humana, tendo por base as anteriores mencionadas. Segundo essa teoria, todas as interações humanas envolvem a troca de mensagens que influenciam o comportamento e as atitudes das pessoas (Watzlawick et al, 1993). A Teoria da Pragmática da Comunicação Humana ressalta que a comunicação desempenha um papel significativo no comportamento e nas relações entre as pessoas. A partir dos estudos sobre a comunicação humana, principalmente pela Escola de Palo Alto, surgem certos princípios destacados por Watzlawick, Beavin e Jackson (1993), chamados de axiomas da comunicação humana, incluindo a ideia de que é impossível não comunicar e que toda comunicação envolve aspectos de conteúdo e relação, entre outros (Watzlawick et al, 1993; Figueiredo, 2023). Watzlawick e colaboradores enfatizavam o uso de analogias, metáforas e histórias como ferramentas cruciais para compreender as relações (Oliveira e Crepaldi, 2017).

As três teorias apresentadas justificam a passagem do Pensamento Sistêmico a substrato de sugestões de estratégias de intervenção na prática clínica orientada para a família. (Gomes et. al., 2014). A significativa influência da Teoria Sistêmica da família a partir da segunda metade do século XX, trouxe uma nova perspectiva para entender o contexto familiar (Dessen, 2010). A utilização da abordagem sistêmica envolve a concepção da família como um sistema complexo, formado por diversos subsistemas que exercem influência recíproca, como o sistema conjugal e o sistema parental, conforme destacado por (Gomes et. al., 2014). Desta forma tal como defendido por Figueiredo (2009), é possível identificar as famílias como uma entidade única, uma vez que apresentam padrões de comunicação que possibilitam a distinção entre o sistema familiar e seus subsistemas.

Na dinâmica familiar, vários conceitos fundamentais são interligados e desempenham papéis cruciais como a circularidade que se refere à ideia de que as interações e influências entre os membros da família seguem um círculo contínuo (Watzlawick et al, 1993; Prioste et, al., 2010), isto é, as ações de um membro afetam os outros e vice-versa, criando uma dinâmica em constante movimento (Zordan et al., 2012; Onnis, 2016); a totalidade que envolve a visão da família como uma unidade completa e interligada, em vez de apenas uma coleção de indivíduos, reconhecendo que as partes estão interconectadas e influenciam-se mutuamente (Dias, 2011); a globalidade que significa considerar a família como um todo, levando em conta não apenas as relações entre os membros individuais, mas também os sistemas de suporte, valores, crenças e normas que definem a unidade familiar como um todo (Zordan et al., 2012; Gomes et al., 2014) e ainda a diversidade, reconhecendo que as famílias vêm em diversas formas, tamanhos,

estruturas e culturas. Cada família pode ter suas próprias particularidades, o que requer abordagens flexíveis e sensíveis às diferenças culturais e individuais (Gimeno, 2003). Não existindo, assim, uma abordagem universal para todas as famílias, pois cada uma tem suas características distintas (Watzlawick et al, 1993; Bertalanffy, 1976; Páez-Cala, 2019).

Estes conceitos contribuem para uma compreensão mais holística e abrangente da família como uma entidade dinâmica e complexa, que é imprescindível para os enfermeiros.

Além de mais os enfermeiros no contexto de ESF, devem ter acesso a recursos como referenciais teóricos concretos que os ajudem a compreender como as famílias funcionam internamente e como são afetadas por fatores externos (Figueiredo, 2012). Nesse sentido, vários modelos têm sido desenvolvidos para guiar a avaliação da família por autores como Hanson, Friedman entre outros, aumentando, assim, a aplicação prática das teorias nos cuidados de saúde.

Tendo por base o modelo de avaliação familiar de Tomm e Sanders (1983), Wright e Leahey (2012) desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). Trata-se de uma estrutura completa projetada pelas autoras para guiar a avaliação de sistemas familiares. Este modelo é amplamente utilizado e ensinado globalmente (Wright & Leahey, 2019). A capacidade da família de se regular independentemente é também destacada (Kaakinen, 2018). O modelo divide a avaliação em três categorias: estrutural, desenvolvimental e funcional. Além do MCAF, criaram o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), que serve como base para o planejamento de intervenções, considerando o nível de funcionamento da família, a competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Figueiredo et. al., 2023). O MCIF inclui intervenções específicas que utilizam conceitos de circularidade e questionário circular para compreender os relacionamentos e interações familiares (Santos, 2012).

Por fim, é pertinente salientar o modelo português criado em 2010 pela Professora Maria Henriqueta Figueiredo, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este conjuga o conhecimento teórico até aqui explanado. O pensamento sistémico está presente em todos os componentes que constituem o MDAIF, englobando conceitos, pressupostos, princípios fundamentais, definições-chave e a estrutura operacional (Figueiredo, 2012). O MDAIF oferece uma edificação interativa, versátil e repleta de dinamismo para encaminhar a prática de ESF, com foco em três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional. Pode-se recorrer aos critérios de diagnóstico para identificar as necessidades da família e para orientar as intervenções. O objetivo principal é habilitar os membros da família para lidar com as demandas que surgem ao longo do ciclo de vida familiar (Figueiredo, 2012).

2.2. DPOC e a família

Neste capítulo, o objetivo é relacionar a temática da DPOC com a temática da família evidenciando a contribuição do enfermeiro de família na oferta de cuidados de Enfermagem às famílias que incluem um indivíduo com DPOC nos CSP.

Sabe-se que as doenças crónicas têm um impacto no quotidiano do doente e também nas vidas dos familiares e amigos próximos (Schimitt et. al, 2021) sendo por isso um alvo de atenção da disciplina de Enfermagem (Duarte & Monteiro, 2017).

As patologias crónicas como a DPOC têm cada vez mais prevalência, uma vez que são uma consequência indireta do aumento da esperança de vida da população e do envelhecimento (Monteiro, 2021). Estima-se que cerca de 210 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de DPOC (GOLD, 2023). Efetivamente, o nosso país apresentava uma prevalência de cerca de 40%, com tendência crescente (DGS, 2013). Os dados disponíveis indicam que a prevalência de DPOC em pessoas com mais de 40 anos em Portugal é de cerca de 14%, ou seja, cerca de um em cada sete indivíduos com mais de 40 anos sofre de DPOC (Munhá & Pissarra, 2019). Para além de ser uma doença com uma expressão significativa também é responsável por elevadas taxas de mortalidade (Magalhães, 2020). A OMS revela que o impacto da DPOC continuará a aumentar na próxima década, tornando-se, em 2030, a terceira causa mais frequente de morte (Blanco et. al., 2018). Tome-se ainda como exemplo, a taxa de mortalidade por DPOC que em Portugal é cerca de 8% (ONDR, 2018).

Portugal apresentava um total de 131.632 doentes registados e ativos nos CSP com DPOC em 2017 (DGS, 2019). Nos últimos anos, o número de utentes inscritos nas Unidades de Saúde com diagnóstico de DPOC tem vindo a aumentar (DGS, 2019).

Apesar de ser uma das principais causas de morte em Portugal, o conhecimento sobre esta doença ainda é parco, isso ocorre porque os sintomas característicos da DPOC, como tosse e produção de muco, frequentemente são atribuídos ao hábito de fumar e considerados normais

(Munhá & Pissarra, 2019). Além disso, sintomas como fadiga durante o esforço e dificuldade respiratória são frequentemente associados, pelos doentes, à idade, ao excesso de peso ou a problemas cardíacos, o que pode atrasar o diagnóstico (Ramalho et. al., 2022).

A DPOC pode ser definida como uma condição pulmonar heterogênea caracterizada por sintomas respiratórios crônicos, como dispneia, tosse e escarro, por causa de anormalidades nas vias aéreas, bronquite e/ou enfisema, causando obstrução do fluxo aéreo de forma persistente e até progressiva (GOLD, 2023). Trata-se de uma condição frequente e debilitante que tem impacto significativo tanto nas atividades físicas quanto nas relações socio-emocionais, causando desafios significativos no dia a dia, resultando em isolamento social e reduzindo a qualidade de vida (Patel et. al., 2019).

Há uma maior prevalência da doença a partir dos 40 anos (GOLD, 2023). Geralmente, os sinais da DPOC tendem a piorar à medida que se envelhece, isso ocorre devido à exposição prolongada ao tabagismo, poluição do ar e substâncias prejudiciais inaladas ao longo dos anos (Ramalho et. al., 2022). Os profissionais de saúde devem-se focar na cessação do tabagismo por meio de aconselhamento, tratamento medicamentoso e encaminhamento para apoio à cessação (DGS, 2019). Para além do desafio da cessação tabágica, a pessoa com DPOC enfrenta outras vicissitudes associadas à gestão da doença que ultrapassam a adesão ao regime medicamentoso. É crucial adotar uma abordagem abrangente, incluindo o cumprimento do plano vacinal, a participação em programas de autogestão e a implementação de estratégias para reduzir a exposição a riscos (GOLD, 2023). Torna-se essencial manter um estilo de vida saudável que englobe a prática regular de atividade física, uma alimentação equilibrada e um sono adequado (GOLD, 2023).

Todas as ações desempenhadas pelos enfermeiros independentemente de patologias, devem constar no processo de Enfermagem. De modo a garantir que esses processos são elaborados com as melhores evidências, permitindo a precisão na planificação de todas as etapas do processo de Enfermagem, é elementar que as decisões se fundamentem num modelo teórico de Enfermagem. Nesse sentido, optou-se por adotar a Teoria das Transições (Meleis et al., 2000) como base orientadora para sustentar as práticas e intervenções de Enfermagem dos membros das famílias, de forma coerente. A interpretação da natureza, dos fatores facilitadores e inibidores e os padrões de resposta das transições individuais (Meleis et al., 2000), permitem uma ampla compreensão da influência do indivíduo na família.

A influência é bidirecional, isto é, o todo influencia e é influenciado pela parte. Assim, as transições impõem dinamismo na família a fim de garantir que a mesma continue a funcionar de forma eficiente e seja capaz de atender às necessidades de todos os seus integrantes (Gonçalves, 2018). Deste modo e seguindo o princípio da globalidade importa a família como cliente.

A família, descrita pela dependência mútua entre os seus membros, representa um cenário no qual ocorre a interação entre esses indivíduos e entre o sistema familiar e o ambiente circundante (Figueiredo, 2012). A saúde da família, por sua vez, abrange questões relacionadas à saúde de cada membro, considerando os padrões de interação que resultam das adaptações ao longo do tempo, particularmente durante os desafios e crises que a família enfrenta (Figueiredo, 2012). É evidente, uma vez mais, que a variação de um elemento leva à variação de todos os elementos, o que nos leva a afirmar que a mudança num dos membros leva à mudança nos outros, surgindo uma nova estrutura de interações no sistema (Figueiredo, 2012). O significado do todo advém das partes especialmente em situações que despoletam desequilíbrio na dinâmica familiar como a doença, ou evolução desta (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro de família, designado como o profissional principal na prestação de cuidados ao longo das diversas fases do ciclo de vida, encara a família como uma unidade de cuidados, promovendo a capacitação dela diante das exigências e especificidades do seu desenvolvimento, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 (Ministério da Saúde 2017). De facto, estes profissionais de saúde desempenham um papel favorecedor pela enorme proximidade e pela relação terapêutica estabelecida, permitindo perceber com rigor as áreas nas quais imperam um maior potencial e uma maior carência das famílias e dos seus membros, baseando o seu labor nas necessidades, nos recursos e nas expectativas dos mesmos (Ministério da Saúde, 2014b; Barbiani et al., 2016). Essa abordagem é ainda mais relevante quando um membro da família enfrenta uma doença crónica, visto que o processo de adaptação a essa condição demanda transformações emocionais e instrumentais (Silva et al., 2021). O processo de adaptação implica continuidade por parte de todos os intervenientes dado o carácter de deterioração progressiva da DPOC (Costa, 2021).

A vivência da díade DPOC/Família é muito presente nos CSP. Em 2022, existiam 2610 utentes inscritos com diagnóstico de DPOC na ULS onde se integra a USF em que se desenvolveu o estágio. Efetivamente, os resultados do agrupamento revelam a necessidade de uma consideração aprofundada da equipa multidisciplinar para que ocorra uma evolução positiva não só no seguimento das famílias com membros com DPOC, mas também nos registos das

informações recolhidas. A necessidade aqui tratada está ilustrada no Plano de Acompanhamento Interno da ULS - Vigilância da pessoa com DPOC.

Por todos estes motivos, é importante intervir junto destas famílias com o intuito de ajudar a providenciar ferramentas e soluções aos desafios encontrados. O EEECESF procura dar relevância à resposta familiar e encará-la partilhando todas as estratégias, promovendo a autonomia e a autoeficácia desta (Duarte e Monteiro, 2017).

Todas as ações relacionadas com o sistema familiar devem também ter por base evidências científicas sólidas. Assim, será utilizado o MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar pois procura dar resposta às necessidades do enfermeiro de família face aos cuidados com as famílias enquanto foco de cuidados no contexto português dos CSP (Pinho et al., 2022), sendo por isso a escolha lógica de referencial. Das dimensões presentes na matriz operativa tendo em conta as características transversais das famílias que integram membro com DPOC, todas as áreas devem ser avaliadas considerando as especificidades de cada família. Contudo, podem-se assumir algumas como prioritárias.

De facto, a DPOC influencia negativamente a energia disponível para o cliente concretizar as atividades de autocuidado (Padilha, 2013). Deste modo, inicia-se o processo por perceber se há a presença de prestador de cuidados (dimensão funcional) bem como é desempenhado esse papel e a vivência do processo familiar. Simultaneamente importa conhecer a dimensão estrutural. Veja-se por exemplo, que a casa da família apresenta barreiras arquitetónicas, como escadas, um cliente com DPOC, pode apresentar cansaço na simples atividade de subir e descer escadas, necessitando de apoio de outros familiares ou de organizar a estrutura da casa da família, impactando todo o sistema. Ademais, se o membro da família com DPOC tiver de alterar a sua atividade profissional, importa entender a nova gestão do rendimento familiar (Bastos de Melo, 2017). Os sintomas da DPOC, particularmente a dispneia, afetam a comunicação; a alteração de mobilidade e independência bem como o medo constante da exacerbação, uma vez mais afetam as relações familiares (Bastos de Melo, 2017). Esta condição pode alterar a relação dinâmica entre o casal e os restantes subsistemas sendo importante para a família com a ação de Enfermagem lidar com essas mudanças. As pessoas portadoras de DPOC e insuficiência respiratória podem precisar de oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva (DGS, 2019) o que também causa implicações na família como na interação de papéis e na comunicação (Guedes, 2020). Além disso e tal como nas demais patologias incapacitantes, também na DPOC os estudos demonstram que a depressão e a carga do cuidador estavam

significativamente relacionadas com as horas dedicadas ao cuidado (Guedes, 2020). Quanto maior o apoio social do doente, maior a autoeficácia deste e quanto maior a autoeficácia, menor o volume de cuidados prestados pelo cuidador (Chu et. al., 2019). De facto, a literatura evidencia uma elevada prevalência de ansiedade e stresse em familiares cuidadores (Silva et. al., 2021). Um estudo revelou uma interdependência entre a gravidade da DPOC e o APGAR de Família, enfatizando a premissa da evolução da doença na gestão da funcionalidade familiar (Schimtt et. al, 2021). Os mesmos autores mostram que quando é identificada disfunção familiar existem desafios consideráveis nas dimensões de "companheirismo", "afetividade" e "desenvolvimento". A indagação por apoio formal e a interação com amigos e vizinhos emergem como estratégias significativas para facilitar processos de adaptação positivos e melhorar a qualidade de vida, uma abordagem que parece ser adotada pela população portuguesa (Duarte & Monteiro, 2017).

A identificação das necessidades da família que integram membro com DPOC por parte dos enfermeiros permite a criação de estratégias que apoiem a reorganização familiar (Schmitt et. al., 2021) sem esquecer a unicidade de cada família e a importância de todas as áreas do MDAIF. A linha de pensamento mencionada pretende estar retratada ao longo dos processos de Enfermagem apresentados no próximo capítulo.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

No terceiro capítulo descrevem-se as atividades realizadas durante a componente clínica que tinham como objetivo primordial o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a prestação de cuidados à família como “una”. Além disso e tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no que concerne às competências estabelecidas nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018, as atividades também visavam desenvolver habilidades de liderança e colaboração no contexto da ESF, ilustrado no subcapítulo 3.2.

Com base nessas competências, o EEECESF deve ser capaz de prestar cuidados abrangentes à família nos quais não só revele capacidades, mas também enalteça as existentes e valorize as forças das famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Deve existir de modo concomitante o foco tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente, levando em consideração o ciclo de vida da família e as suas transições (Figueiredo, 2012). Por outro lado, o EEECESF deve ainda garantir a qualidade na prestação de cuidados, gerindo, coordenando e mobilizando os recursos necessários para atender às necessidades da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Este subcapítulo, relata como os cuidados de ESF se concentram em desenvolver o processo de Enfermagem tanto à família como aos seus membros em diferentes fases da vida, visando a promoção da saúde e o bem-estar dos mesmos. É essencial que o enfermeiro especialista em ESF estabeleça uma relação terapêutica com a família para que promova uma atuação bem sucedida e ilustrada em ganhos em saúde.

Efetivamente, os cuidados prestados às famílias em momento algum devem descurar valores como a dignidade humana (Simões & Sapeta, 2019). A dignidade na Enfermagem refere-se ao respeito e valorização incondicional de cada indivíduo como ser humano (Nunes, 2011). Os enfermeiros devem assegurar que os clientes sejam tratados com respeito, empatia e consideração, independentemente das suas características pessoais (França & Borges, 2018; Simões & Sapeta, 2019). De acordo com a Lei nº 8/2024, os enfermeiros, no desempenho das suas funções profissionais, seguem uma conduta responsável, ética e deontológica, exercendo a sua atividade com dignidade e autonomia técnico-científica própria da profissão (Assembleia da República, 2024).

A garantia de estimar a privacidade mantendo sigilo de todas as informações é também obrigação dos enfermeiros (Gomes et. al., 2020). Deste modo, tanto no primeiro contacto telefónico como na primeira consulta foi claramente explicado que o principal propósito seria a prestação de cuidados de Enfermagem a famílias que integram membros com DPOC.

A permissão para fazer este acompanhamento e para registar no sistema de informação (SI) de modo confidencial os dados tratados foi fornecida verbalmente pelos membros das famílias presentes. Também foi explanado que as informações passíveis de identificação das famílias no relatório são adulteradas. Cada família recebeu um número de um a quatro, e os membros foram identificados por letras que podiam ou não coincidir com as iniciais dos seus nomes.

Avaliação e intervenção em famílias que integram membro com DPOC: da teoria à prestação de cuidados

Antes de prosseguir com a avaliação e intervenção em famílias que integram membro com DPOC: da teoria à prestação de cuidados, importa deixar explícito que a USF e as famílias supra caracterizadas não terão continuidade no seguimento do relatório. De facto, ocorreu a necessidade de mudança de USF do primeiro para o segundo módulo, da USF I para a USF P, para que fosse possível assegurar as características orientadoras fundamentais do estágio. O trabalho

desenvolvido manteve-se, uma vez que ambas as unidades pertencem à mesma ULS e partilhavam os objetivos e os PAI.

O reconhecimento dos utentes com este diagnóstico, deu-se através da análise de formulários previamente preenchidos com a equipa multidisciplinar. A escolha das famílias para a elaboração no projeto FAMILI(AR)- Avaliação e intervenção em famílias que integram membro com DPOC no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, foi baseada através da lista de utentes com DPOC do Enfermeiro tutor na USF P. Os critérios incluíam a presença de pelo menos um membro da família com diagnóstico médico de DPOC. No início, selecionaram-se seis famílias que atendiam a esses critérios na USF P, todavia duas famílias demonstraram não ter disponibilidade para as consultas necessárias para o processo de cuidado. As consultas foram realizadas na USF e os dados foram sendo registados no SI, SClínico-CSP®.

O SClínico, uma evolução do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), é um SI desenvolvido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para os CSP, que visa uniformizar os procedimentos de registos clínicos para garantir a normatização da informação e facilitar a partilha de dados entre profissionais de saúde de diversas áreas (Ministério da Saúde, 2020).

O MDAIF serviu como base teórica para orientar a abordagem de famílias que integram membro com DPOC. Para cada família foi criado um documento que pretendia ser útil na descrição do desenvolvimento das atividades inerentes às etapas do processo de Enfermagem. O mesmo foi evoluindo ao longo dos contactos com as famílias. O documento foi criado para sistematizar a avaliação das famílias, detalhando as diferentes dimensões da matriz, incluindo focos e critérios de diagnóstico bem como intervenções. Este documento tipo da matriz operativa versão reduzida encontra-se anexo (ANEXO 2). Além disso, a Teoria das Transições de Meleis (2010) foi empregue para fundamentar, interpretar e agir em relação aos membros da família, considerando as transições que cada um podia estar a viver, tal como consta no documento.

Recursos utilizados na Prestação de Cuidados

Nesta parte do relatório importa esclarecer os recursos utilizados para a prestação de cuidados adequados às famílias. Na verdade, ao longo do processo de cuidados e tendo em conta as idiossincrasias de cada família e dos seus membros, utilizaram-se recursos que pretenderam agilizar o exercício de recolher informações com intuito terapêutico e também a aplicação das medidas necessárias para otimizar a Saúde Familiar (Figueiredo, 2023).

Os instrumentos de avaliação familiar englobados ao MDAIF, como genograma, ecomapa, a Escala de Graffar adaptada foram utilizados tal como a escala de APGAR Familiar (Figueiredo, 2012).

O genograma trata-se de uma técnica de intervenção ativa (Figueiredo, 2023) e foi utilizado nas diferentes famílias. É uma representação visual, feita com símbolos, que mostra a estrutura familiar ao longo de, pelo menos, três gerações e os laços fundamentais existentes dentro da família (McGoldrick & Gerson, 2003). Este instrumento, normalmente construído na primeira entrevista, possibilita uma visão clara e objetiva dos membros da família, incluindo informações como a idade e também mostra o papel desempenhado por cada membro dentro da dinâmica familiar (Nascimento et. al., 2014; Figueiredo, 2023). Deste modo, influencia a decisão clínica sobre a estrutura e funcionamento familiar, interpretada horizontal e verticalmente, apresentando relevância para guiar o processo terapêutico (Rebelo, 2007).

O ecomapa, desenvolvido por Ann Hartman em 1975, é uma ferramenta que avalia as relações familiares e sociais, destacando interações com o ambiente externo (Hartman, 1995). Utiliza uma simbologia clara para representar as relações e recursos familiares, com elementos do agregado familiar no centro e sistemas mais amplos ao redor (Figueiredo, 2012). Os vínculos são classificados evidenciando a interação entre a família e o meio (Figueiredo, 2012).

A Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001) é usada para avaliar a classe social sendo fundamental para compreender os recursos e fatores de stresse familiares relacionados a aspetos económicos, educacionais, profissionais e residenciais, considerando critérios como tipo de habitação (Figueiredo, 2012). As características do sistema familiar irão ser elencadas a um dos cinco graus dos itens seguintes: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação (Figueiredo, 2012). Cada grau, tem uma pontuação correspondente. Veja-se por exemplo, ao grau 3 corresponde a pontuação 3 (Amaro, 2001). A soma dos valores atribuídos possibilita a inclusão da família em determinada posição social, que influencia a organização familiar, as crenças, os valores e o uso de serviços de saúde e sociais, sendo importante na análise de áreas como rendimento familiar (Figueiredo, 2012).

O APGAR Familiar, desenvolvido por Smilkstein em 1978, é uma escala para avaliar o funcionamento das famílias, baseada na percepção dos membros sobre a satisfação com os parâmetros básicos da família (Smilkstein, 1978) que foi traduzida para a língua portuguesa dez anos mais tarde (Agostinho & Rebelo, 1988). É amplamente utilizado devido à sua confiabilidade e validade, sendo recomendado para identificar necessidades familiares na prática clínica (Marinheiro, 2002). As mudanças ao longo do ciclo de vida da família afetam a sua funcionalidade e são influenciadas por eventos de vida e padrões adaptativos (Figueiredo, 2012).

Além dos instrumentos de avaliação familiar, recorreu-se à entrevista familiar sistémica que constitui uma ferramenta imprescindível na ESF (Ferré Grau, 2023). Esta pode ser conduzida não só para obter informações sobre a família, contribuindo com detalhes para avaliar a dinâmica familiar, mas também para desempenhar um papel de apoio emocional e de ensino (Sequeira et. al., 2023). Ao longo dos contactos procurou-se atingir os principais objetivos deste tipo de entrevista como: “avaliar o estilo de comunicação da família; identificar um problema principal da família; proporcionar oportunidades de comunicação; compreender a estrutura e dinâmica da família; identificar níveis de stresse, tensão e resiliência familiar” entre outros (Sequeira et. al., 2023, p.402).

A entrevista sistémica proporciona às famílias a oportunidade de compartilharem as suas vivências, sabendo que cada família é perita no seu próprio sistema e que apenas necessita de acompanhamento (Ferré Grau, 2023). É relevante para que as entrevistas sejam bem sucedidas que os profissionais de saúde conheçam a essência e as diferentes dimensões de cada família (Ferré Grau, 2023).

Os princípios da entrevista familiar sistémica enfatizam a hipotetização, neutralidade e circularidade (Figueiredo, 2023), os quais estão interconectados e facilitam mudanças familiares ou a aceitação da necessidade de mudança (Zordan et al., 2012). A hipotetização, conforme descrita por Figueiredo (2023), é uma suposição baseada em informações prévias que guia a avaliação familiar, promovendo mudanças e estabelecendo uma nova ordem. A neutralidade implica evitar julgamentos e criar alianças, enquanto a circularidade envolve a comunicação sobre relações além do conteúdo das informações (Bateson, 1987; Figueiredo, 2023). Questões de intervenção sistémica promovem a circulação de informações e podem alterar percepções, incentivando novas soluções (Páez-Cala, 2019).

A entrevista familiar segue as etapas terapêuticas e envolve técnicas de intervenção variadas para compreender e melhorar a dinâmica familiar (Ferré Grau, 2023; Figueiredo, 2022).

Abordagens como a orientação para soluções e narrativas desafiam histórias predominantes sobre o problema, criando significados (Guedes & Figueiredo, 2023; Figueiredo, 2023). Técnicas como reenquadramento e metáforas modificam perspectivas e também criam significados alternativos (Ribeiro & Figueiredo, 2023; Zordan et al., 2012). As cartas terapêuticas e a introdução de rituais familiares promovem a comunicação e conexão dentro da família (Almeida et al., 2023; Figueiredo & Dias, 2023). Estas técnicas e abordagens são essenciais para promover mudanças positivas nas dinâmicas familiares.

Descrição e reflexão dos Processos de Enfermagem

A explanação da prestação de cuidados às famílias irá iniciar-se com a referência aos dados sobre o número de consultas realizadas e a presença dos elementos das respectivas famílias. Em seguida, serão apresentados os dados que dizem respeito à composição familiar, ao tipo de família, à família extensa, aos sistemas mais abrangentes e à classe social. Após essa análise de dados, será realizada a avaliação familiar usando as dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcionais do MDAIF – adequando as áreas de atenção às necessidades das famílias e dos seus respectivos membros e as suas dimensões operacionais e critérios de diagnóstico. Os diagnósticos que advêm desses dados também são apresentados tal como objetivos, intervenções e atividades quando relevantes e diferenciadoras.

Família 1

As consultas de ESF realizadas com o sistema familiar em causa, família 1, foram três nas quais estiveram presentes os membros do casal.

Informações sobre a composição familiar foram recolhidas ao realizar perguntas diretas aos membros presentes da família. Os dados obtidos estão apresentados de forma gráfica no genograma abaixo, figura 2.

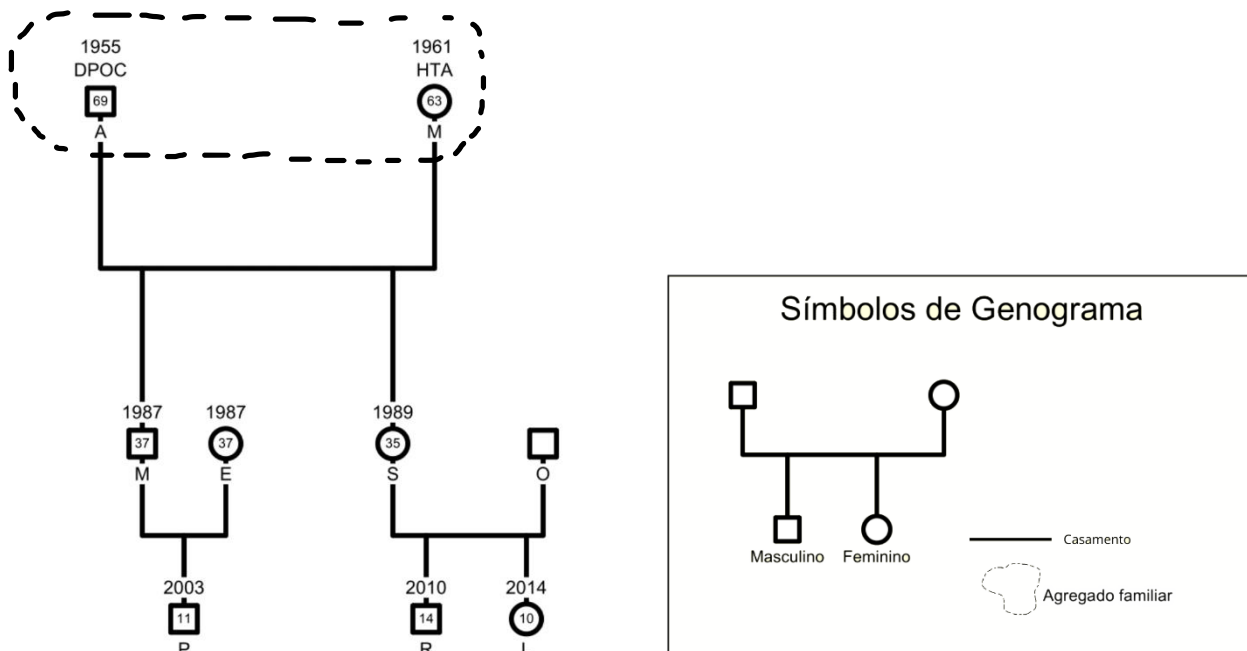


Figura 2: Genograma da Família 1 e respectiva legenda de símbolos

A família 1 inclui o Senhor A de 69 anos e a Senhora M de 63 anos, tal como apresentado na Figura 2. O casal tem dois filhos, o M de 37 anos, a S de 35 anos e três netos P de 11 anos filho de M e de E e R de 14 anos e L de 10 anos filhos de S e O.

Trata-se de uma família do tipo nuclear. O conceito de Tipo de Família categoriza a estrutura familiar com base em como a mesma é composta e nos laços existentes entre os membros (Figueiredo, 2012). Identificar o tipo de família possibilita a inclusão das diversas formas de organização familiar, reconhecendo e incorporando a variedade própria às suas configurações (Figueiredo, 2012).

O estudo da família extensa visa compreender as relações dos membros familiares com parentes externos, identificando o tipo de contato e as funções dessas interações, como apoio emocional o que permite reconhecê-los como recursos de apoio e entender as percepções individuais dos membros familiares sobre essas relações mais amplas (Figueiredo, 2012). Os filhos do casal são adultos e já saíram de casa, encontrando-se ambos a residir na mesma cidade fora do país, com as respectivas famílias. A relação segundo a Senhora M “é ótima, falamos todos os dias por

telefone”. O contacto telefónico é realizado por todos os membros da família diariamente com filhos e nora, semanalmente com os netos.

No que diz respeito aos sistemas mais amplos, envolvem as conexões sociais estabelecidas pela família em diferentes ambientes, como instituições sociais ou indivíduos importantes que não estão diretamente ligados à família extensa, enriquecendo também a compreensão da dinâmica familiar e a perceção dos recursos disponíveis (Figueiredo, 2012). Os elementos do casal apresentam um vínculo forte entre si porém predominam os vínculos intermédios quer na Senhora M, que ocasionalmente realiza caminhadas na companhia de uma amiga, quer no Senhor A que “[gosta] mais de ficar por casa” embora vá ao café ter com os amigos mensalmente. Também a relação estabelecida pelos elementos do casal com os cuidados de saúde, nomeadamente a USF P é intermédia.

A família 1 pertence à classe média baixa na qual ambos os membros têm o quarto ano de escolaridade e encontram-se reformados.

O quadro com as áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF da família 1 encontra-se anexado (Anexo III).

A dimensão estrutural do MDAIF inicia-se pelo rendimento familiar, que consiste na soma dos ganhos provenientes, por exemplo, do trabalho e de pensões, sendo um valor calculado após a dedução dos impostos sobre o rendimento e das contribuições sociais (Alves et. al., 2020). A origem do rendimento desta família são as reformas do casal. Os dois elementos, referem não sentir dificuldade na gestão do dinheiro, na medida em que conseguem gerir as despesas face aos seus rendimentos.

Relativamente ao edifício residencial, “definido como o espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção...” (Figueiredo, 2012, p.76), a família apresenta uma vivenda que se integra segundo os registos de Enfermagem: Grau 3, na notação social da família.

A dimensão operativa sobre a precaução de segurança, engloba a verificação das barreiras arquitetónicas e considera as necessidades individuais e familiares para garantir o funcionamento adequado das atividades diárias; o enfermeiro deve validar essas questões com a família para identificar necessidades e possíveis adaptações no ambiente residencial, visando a segurança e prevenção de acidentes. Isso inclui, ainda, avaliar o tipo de aquecimento e abastecimento de gás utilizado, bem como as condições de higiene da habitação, incluindo organização, presença de insetos, limpeza e impacto na saúde familiar (Figueiredo, 2012). Posto

isto, a casa apresenta como barreiras arquitetônicas: escadas. Porém, para o casal e mesmo com a possibilidade de exacerbações futuras da DPOC no Senhor A, não encaram esta realidade como um problema. O abastecimento de gás é canalizado.

Por sua vez, o abastecimento da água que se refere à disponibilidade de água potável fundamental para manter condições adequadas que promovam a saúde (Figueiredo, 2012) é realizado nesta família através da rede pública.

A família não tem animais domésticos.

Analisando as informações fornecidas, foi possível identificar os diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada, Abastecimento de Água Adequado, que se constituem como um recurso para a família 1.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento e considerando as suas áreas de atenção, foram avaliadas a satisfação conjugal e o papel parental considerando os membros do casal Senhor A e Senhora M.

A satisfação conjugal consiste na percepção dos membros da díade relativamente à satisfação na relação (Figueiredo, 2021) e nos processos de conjugalidade, os quais evoluem ao longo do tempo (Figueiredo, 2009). O MDAIF considera como dimensões avaliativas a dinâmica da relação, a comunicação do casal, a interação sexual e a função sexual. A satisfação conjugal deve ser avaliada por um paradigma complexo, considerando a interação comunicativa na construção de significados pelos membros do casal (Féres-Carneiro & Neto, 2010).

Face à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação. A relação dinâmica do casal envolve a partilha de responsabilidades, a expressão de sentimentos e emoções, e a flexibilidade de papéis que inclui aspetos como a satisfação do casal com a divisão das tarefas domésticas, o tempo que passam juntos e como cada um expressa seus sentimentos (Figueiredo, 2012). Foram realizadas questões ao casal simultaneamente tendo em conta o momento atual da família e a longevidade da relação. Em relação à satisfação dos mesmos sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas revelam concordância e satisfação. O casal também verbaliza satisfação em relação ao tempo que estão juntos. Ambos declaram contentamento com a forma como cada um expressa os sentimentos.

A satisfação conjugal depende da qualidade do relacionamento, associada também ao estilo de comunicação (Lavner et al., 2016 cit. por Figueiredo, 2021). Na avaliação da comunicação, foi

perceptível que o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um como “... preocupações dos filhos, do futuro, dos netos, das doenças e das coisas boas também das viagens a França e do que queremos fazer.” Senhora M.

O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião. Quando questionados sobre a importância da comunicação para resolução de desentendimento, Senhora M responde que “ A comunicação vai do que se interpreta e que devemos sempre tentar explicar nos o melhor possível, para que a outra parte perceba bem.”.

Ainda na avaliação da satisfação conjugal foi possível recolher dados em diferentes momentos sobre a satisfação como o padrão de comunicação do casal.

Ao longo do contacto tornou se evidente que a Senhora M “gostaria que [o marido] comunicasse um pouco mais”; “Ele não é muito de falar, fala para a televisão”. Por sua vez, o Senhor A diz “ [aceitar] bem as coisas.”, “não vale a pena pensar muito, nem me queixar.”, “temos de nos mentalizar das coisas e não desistir”. Acrescentando que “ às vezes calo me porque ela fala de mais. Já não suporto. (risos)”. A Senhora M afirma que “Quando não me agrada, não vale a pena”, “Se alguém me fizer mal eu tenho de fazer mal, não me calo, sou vingativa”. Também salienta que não se sente agradada com esta sua característica e que teve anteriormente acompanhamento por Psicologia.

O Senhor A quando questionado sobre o que sente em relação às atitudes comunicacionais da esposa diz “Não tem autocontrolo... tem um temperamento mais explosivo.”, “Sinto me prejudicado, às vezes ando com aquilo na cabeça e com o tempo passa”, “É difícil.” e “Fica sempre com a razão.”

A pergunta de escala foi utilizada para compreender melhor a perspetiva de cada elemento do casal bem como a possível disparidade existente: “De 0 a 10 em que 0 é nada satisfeito e 10 é extremamente satisfeito qual seria o número da vossa satisfação na comunicação como casal ?” Ambos respondem 7 e também evidenciam que gostavam que o número fosse mais elevado. Sendo congratulados pela sintonia nas respostas. Quando questionados sobre o modo de melhorar a comunicação e atingir um número mais elevado, prontamente responderam que era importante o Senhor A não guardasse tanto algumas opiniões e que Senhora M “falasse menos e fosse menos explosiva”.

Tendo por base a informação supramencionada identificou-se o diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida manifestado por comunicação não eficaz. O objetivo foi melhorar a comunicação

do casal, de modo que o Senhor A expresse as suas emoções e opiniões com maior frequência e simultaneamente que Senhora M desse espaço para as opiniões do marido. As intervenções realizadas foram: Promover a comunicação expressiva das emoções e promover a comunicação do casal.

Para a concretização destas intervenções desenvolveram-se as seguintes atividades: identificar em conjunto com os elementos do casal a importância de ambos expressarem as suas emoções e as suas opiniões, também se forneceu informação sobre estilos de comunicação e propôs-se a reflexão sobre os mesmos. De acordo com Rosenberg (2021), existem 4 estilos de comunicação: O agressivo: diz tudo o que pensa; impõe a sua opinião; fala alto e “aponta o dedo”; eu importo, os outros não”. O passivo: evita conflitos; “façam o que quiserem”; dificuldade a olhar nos olhos; “Tu importas, eu não.” O passivo agressivo: mistura dos dois; manipulação, indiretas; crítica, controlo; “Tu importas, só que na verdade não”. O assertivo: o modo mais eficaz; expressa a opinião sem ofender, é confiante, “eu importo e tu também importas”.

Segundo Castanyer (2005), os elementos do casal devem procurar ser mais objetivos e concretos no que dizem um ao outro e menos qualitativos, isto é, adjetivar menos. Para isso foram dados alguns exemplos práticos na consulta de ESF, tais como: “acho esse comportamento um pouco estúpido” em vez de atribuir uma característica ao outro elemento do casal dizendo apenas “és estúpido”. Ainda podem optar por dizer “não estou a fazer me entender” e explicar novamente em vez de “nunca percebes nada”, não atribuindo assim culpa ao outro, bem como procurar pedir e não exigir: “Não te importas de pôr a mesa?” ou “Gostava que pusesses a mesa.”.

Face à comunicação conjugal do casal ser não eficaz tornou-se relevante avaliar outros aspetos comunicacionais específicos da família, que se circunscreve ao casal, que estão contemplados na dimensão do Processo familiar.

Procurando exemplos mais concretos da expressão de sentimentos questionou-se; “Quando foi a última vez que a Senhora M disse ao Senhor A que gostava dele?” “Não me lembro bem talvez mas também fazemos coisas que mostram isso, ele vai me buscar as compras de surpresa, eu de vez em quando faço as sobremesas que ele gosta.”

Também nesta temática o Senhor A é “mais calado” apesar de revelarem que nos últimos tempos, período entre consultas, tem procurado esforçar-se para falar com mais frequência sobre tudo e sobre o que sente. A Senhora M disse estar habituada e ainda satisfeita. Além disso, a própria afirma ter tido mais cuidado para providenciar espaço e tempo ao marido para se

expressar. A comunicação não verbal também tem um papel essencial no modo de perceber e de construir a realidade envolvente (Figueiredo, 2012). Este tipo de comunicação revelou-se significativa e eficaz.

Porém, verificou-se, que a comunicação circular é não eficaz, pelo facto de ainda não se encontrarem os dois satisfeitos com a forma como se comunica na família nem de terem atingido um impacto positivo na família na forma como cada um se expressa. Contudo, a melhoria desta dimensão deve ser encarada como um processo e não como algo instantâneo (Rosenberg, 2021). De facto, a circularidade do padrão relacional na comunicação familiar refere-se à interação recíproca entre os membros da família, que é dinâmica e complexa sendo impulsionador de transformações e um aspeto significativo para compreender a dinâmica comunicativa dentro da família (Figueiredo, 2012).

Assim, o diagnóstico identificado é Processo Familiar Disfuncional por comunicação não eficaz. O objetivo também é melhorar a comunicação familiar. As intervenções adequadas vão ao encontro das utilizadas no diagnóstico da Satisfação Conjugal não mantida pois está também patente o espaço de melhoria da comunicação. Deste modo, é preciso continuar a promover a comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família, otimizar a comunicação na família, planejar rituais na família e otimizar padrão de assertividade. As atividades que materializaram as intervenções foram pedir aos elementos da família para redigirem cada um uma carta que explique o impacto comunicacional vivido até agora e as alterações já realizadas e a realizar. Depois, combinar um momento diário aquando de uma refeição para partilhar o que escreveram e ainda emoções e opiniões sobre o dia-a-dia.

Na família em causa, importou igualmente compreender a vivência do papel parental que integra a dimensão do desenvolvimento.

O papel parental é descrito como o modo dos pais de integrarem não só conhecimento, mas também habilidades para desenvolver comportamentos que promovam a identidade parental e o crescimento saudável dos filhos (Figueiredo, 2012).

Tendo em conta as etapas do ciclo vital, trata-se de uma família com filhos adultos (M 37 anos e S 35 anos) (Relvas, 2000). Os pais têm conhecimento sobre as tarefas desta etapa: Renegociar a relação do casal, aprender a lidar com o envelhecimento, reforçar individualidade de cada um dos elementos, reforçar redes sociais de apoio (Relvas, 2000). A redefinição das relações com os filhos está presente, ocupando lugares de horizontalidade e incluem na família os parentes por

afinidade e netos tal como revelam agrado nas interações mantidas com filhos e companheiros dos mesmos. Apesar da distância física a família encontra-se satisfeita com o contacto mantido e ambos os elementos da família evidenciam consenso do papel. Perante os dados mencionados, uma das forças da família é apresentar uma adequação do Papel Parental.

Além da comunicação familiar anteriormente referida, a Dimensão Funcional, no que diz respeito ao processo familiar engloba o coping familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica.

A capacidade de gerir estratégias de coping permite que o sistema familiar progrida positivamente ao longo de sua trajetória (Figueiredo, 2012). Cada família constrói suas próprias estratégias de resolução de problemas, as quais têm um impacto no funcionamento familiar e na saúde da família (Peixoto & Santos, 2009). Em relação a esta dimensão operativa do processo familiar considerou-se uma força da família, pois é eficaz. Senhora M é a pessoa que identifica habitualmente os problemas bem como a que tem ímpeto para a solução destes. A família revela presença de discussão e de satisfação sobre modo de ultrapassar as adversidades e admitem não recorrer a recursos externos.

Os padrões de comunicação e resolução de problemas influenciam a atribuição e desempenho dos papéis familiares (Figueiredo, 2012). As expectativas de papel determinam como os indivíduos devem agir em determinadas posições familiares ou sociais, e como os outros devem interagir com eles, baseadas em padrões estabelecidos de comportamento, modelados pelas crenças familiares e sociais sobre o funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011; Araújo, 2015). Na interação de papéis a maioria são desempenhados pela Senhora M, havendo apoio do Senhor A tanto na gestão financeira como no cuidado doméstico.

Por sua vez, apenas houve oportunidade para avaliar a influência e poder. A vida familiar é influenciada tanto por diversos aspetos que moldam a expressão emocional como pelo comportamento dos seus membros (Figueiredo, 2012). O exercício do poder na família é um processo também dinâmico, frequentemente liderado pelo membro mais experiente que influencia as decisões familiares, neste caso Senhora M.

No que diz respeito à escala de APGAR Familiar de Smilkstein, houve concordância em todas as respostas do casal. Optaram por – quase sempre na maior parte das alíneas com exceção da “estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema e ainda “estou satisfeito com modo com a minha família

manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos”, que escolheram, algumas vezes. Obtendo um total de 8 pontos, o que significa que a família é altamente funcional.

Havendo uma continuidade de cuidados seria relevante compreender, alianças e uniões, coesão e adaptabilidade da família e funcionalidade da família através da aplicação de escala de FACES II.

Após a apresentação do processo de enfermagem da família 1, importa explicitar o plano de cuidados individual de cada membro da família observada.

O senhor A tem o diagnóstico médico de DPOC “há mais de 20 anos” porém apenas definiu a doença como algo que não deixa o ar passar. Posto isto, é perceptível que o Conhecimento sobre DPOC foi não demonstrado. Este diagnóstico teve como objetivo que cliente demonstre conhecimento sobre DPOC, cujas, intervenções foram ensinar sobre DPOC e avaliar evolução do conhecimento sobre DPOC. As atividades que concretizaram as intervenções foram: Informar que a DPOC afeta um grande número de pessoas e, com um tratamento adequado, é possível controlar a doença e evitar complicações adversas. É uma doença crônica, “para a vida”. Os sintomas comuns da DPOC incluem tosse crônica, produção de catarro, falta de ar, aperto no peito e cansaço, estes tendem a piorar progressivamente ao longo do tempo (GOLD, 2023). Realizaram-se questões ao Senhor A para esclarecer a sua adesão ao regime medicamentoso, tornando se perceptível que o mesmo apresenta conhecimento sobre a técnica de inalação, contudo não o realiza conforme prescrição médica, “pois não sente necessidade”. Assim, surgiu o diagnóstico Não adesão ao regime medicamentoso por significado dificultador. Para que o Senhor A adira ao regime medicamentoso foi vital promover adesão à medicação e avaliar evolução da adesão ao regime medicamentoso. Explicando ao Senhor A que apesar de ter períodos saudáveis pode haver momentos que a doença seja mais forte no seu dia, ou seja, hoje pode estar bem, mas amanhã sentir-se pior, sem razão aparente (Costa, 2021). A agudização da DPOC é um súbito agravamento dos sintomas respiratórios que exige tratamento adicional, relacionada ao aumento da inflamação das vias aéreas e produção excessiva de muco (GOLD, 2023). Esses episódios duram normalmente de sete a dez dias e têm um grande impacto na saúde, contribuindo para a progressão e até mortalidade da doença. (GOLD, 2023). Deve manter-se o uso da medicação conforme prescrita mesmo “num período bom” para evitar agravamentos e para evitar que esses sejam graves (Costa et. al., 2021).

O Senhor A apresenta conhecimento sobre a conservação de energia, utilizando essas informações no seu cotidiano para gerir melhor a doença.

Algumas lacunas foram identificadas no conhecimento sobre regime dietético do Senhor A. A não adesão ao regime dietético por conhecimento sobre regime dietético não demonstrado conduziu à necessidade de melhorar o mesmo com intervenções no âmbito do ensinar tendo por base as recomendações da DGS (2020): Informar sobre a importância de fazer cinco a seis refeições por dia de forma a não estar mais de três horas e meia sem comer, assim, poderá controlar o apetite ao longo do dia. Consumir cinco porções de fruta e hortícolas por dia. Informar sobre a importância da sopa que é um excelente alimento, pelo que deve ser consumido antes da refeição. Informar que deve comer devagar, calmamente e mastigar bem os alimentos até porque se irá cansar menos. Informar que deve consumir água ao longo do dia, para hidratar convenientemente o seu organismo, as recomendações são de um litro e meio a três litros diariamente. Uma boa hidratação previne o aparecimento da fadiga e o cansaço. Informar que deve optar por consumir mais peixe do que carne, alternando o seu consumo entre o almoço e o jantar.

Também carece de avaliação da evolução do conhecimento sobre regime dietético e da adesão ao regime dietético bem como de negociar regime dietético pela redução de ingestão de leite com cereais de chocolates (reduzir para duas a três vezes). Aconselhar outro tipo de cereais para restantes dias ou outras opções como papas de aveia, iogurtes e fruta (DGS, 2020).

O regime que foi avaliada em seguida foi o regime de exercício do Senhor A. Os elementos do casal fazem caminhadas duas a três vezes por semanas depois do jantar entre 30 minutos a uma hora, durante os meses quentes. Senhor A quando questionado sobre os exercícios respiratórios afirma que há cerca de cinco anos fez parte do programa de reabilitação. Senhor A diz que não achava os exercícios difíceis e que ainda se lembra deles. Contudo, “Não acho muito necessário, não noto muita diferença”. Quando questionado sobre vantagens dos exercícios afirmou que “Ajuda a dilatar os pulmões”, “Funcionava melhor” “Ajudava a limpar”. Por outro lado, a desvantagem identificada é que “sozinho é mais difícil e esqueço-me”. A Senhora M diz que a enfermeira o ensinou, mas que ele não faz. Acrescenta que marido andava mais calmo a nível respiratório quando os fazia.

Para além do conhecimento sobre regime de exercício não ser demonstrado também se identifica uma atitude face ao regime de exercício dificultadora, ou seja, é essencial que Senhor A melhore a adesão ao regime de exercício. Cabe ao enfermeiro ensinar sobre o regime de exercício, negociar a adesão ao regime de exercício e avaliar a evolução da adesão ao regime de exercício através das atividades que passaram por: Informar que a atividade física diária

independentemente da gravidade e da necessidade de prescrição de reabilitação respiratória é importante para o controlo da DPOC (DGS, 2019). Fastenau et al. (2020) concluiu que o treino cardiorrespiratório deve integrar os programas de exercício físico para pessoas com DPOC, ao longo de 30 minutos, com uma intensidade moderada a intensa, com uma frequência de cinco dias por semana, aceitando as recomendações do American College of Sports Medicine (2018) para atividade física.

Os benefícios desta intervenção são consideráveis, proporcionando aos doentes com DPOC melhorias na dispneia e no estado de saúde, aumento da tolerância ao exercício e maior alívio dos sintomas, de ansiedade e depressão, demonstrando uma redução de hospitalizações em doentes que tiveram uma agudização prévia recente (GOLD, 2023). Informar que os exercícios ajudam a manter o estado respiratório atual, o que é um grande benefício, pois protela a deterioração (GOLD, 2023). Salientar através de metáfora, a qual possibilita por meio da sua forma de apresentação e intenção evocativa, que haja espaço para uma interpretação mais aberta e imaginativa dos recetores da mesma (Figueiredo & Dias, 2023), que permanecer igual é bom: Tal como as máquinas que utiliza na serralharia precisam de se manter ativas para trabalhar bem, o ser humano também. As máquinas quando não trabalham depois precisam de mais tempo e de ajuda como óleo para serem funcionais tal como os pulmões. Informar que poderemos falar mais tarde nos exercícios respiratórios (modo de realização, intensidade e frequência).

Um dos focos de atenção foi o sono já que há evidência científica que tem demonstrado uma baixa qualidade do sono em doentes com DPOC (Iglesias et. al., 2020). A Senhora M comenta que o marido está sempre sentado e que dorme mais de dia do que de noite.

Perante o diagnóstico de sono comprometido procurou-se que Senhor A apresentasse sono adequado através de ações de Enfermagem de promoção do sono, informando sobre padrão de sono como dormir com a cabeceira ligeiramente elevada para promover fluxo do ar e melhorar respiração. A posição no leito com a cabeceira elevada superior a 30°, favorece a contração dos músculos respiratórios e evita possíveis problemas (Cabral, 2015) e também informar que tendo períodos de sono noturnos com mais qualidade irá necessitar menos das sestas durante o dia, e que sem estas também irá melhorar as suas noites e ter mais tempo para conviver com a esposa. É imprescindível ter como intervenção também a avaliação da evolução do sono ao longo das consultas de ESF.

Os sintomas depressivos devem ser avaliados de modo frequente (Iglesias et. al., 2020). “Se tivesse de associar um sentimento a doença qual seria?” “Ah isto mexe um bocadinho com o humor, às vezes está mais em baixo por sentir que não respiro tão bem, mas vai passando. Não sou de me queixar”. Deste modo, no foco de emoção negativa emergiu o conceito de fadiga, em que prevalecem sentimentos de diminuição da força, falta de energia, exaustão e fraqueza, e por uma capacidade diminuída para realizar atividades físicas ou mentais (ICN, 2019). O diagnóstico de fadiga teve como objetivo reduzir fadiga do Senhor A. As intervenções de gerir fadiga, ensinar sobre fadiga e de avaliar fadiga apresentaram como atividades: Informar Senhor A que é comum sentir a fadiga e que irá continuar a sentir devido à doença, contudo deve perceber quais as medidas que pode tomar para que essa emoção seja reduzida (Costa et al., 2021), que quando se sentir assim pode e deve falar com a esposa, fazerem algo juntos, sem gastar muita energia. A Senhora M afirma que pode assistir a um programa de televisão com ele, ou até ligarem aos filhos e netos para que Senhor A fique mais animado.

Devido ao momento da consulta tornou-se oportuno questionar ao Senhor A sobre o regime de imunização que revelou dúvidas sobre se iria tomar a vacina do COVID-19. Assim, identificou-se o diagnóstico de Conhecimento sobre regime de imunização não demonstrado que teve término após cliente ser ensinado sobre a importância da vacina. É recomendada a inoculação com as vacinas contra a gripe, todos os anos, a antipneumocócica e contra o SARS-Cov-2 (GOLD, 2023).

O elemento feminino da família também foi alvo de cuidados. Apesar da Senhora M ter como diagnóstico médico Hipertensão arterial a mesma afirma estar uma situação controlada com avaliações semanais entre 120-125/80-85 mmHg e sem questões por esclarecer. Deste modo, não se tornou uma área prioritária para os contactos realizados. Senhora M apresenta como condição de saúde, o regime de exercício e regime medicamentoso adequados e adesão ao regime de imunização. Todavia houve intervenção no regime dietético por Não adesão ao regime dietético por Conhecimento não demonstrado. Senhora M diz que normalmente come a meio da manhã, almoço e janta. A informação dada sobre este foco baseada nas evidências da DGS (2020) foi especificada para a Senhora M tendo alguns pontos comuns com o marido. Informar que dever controlar a ingestão de gordura na confeção e tempero dos alimentos, limitar o consumo de gordura na confeção e tempero, e quando o fizer, optar pelo consumo de azeite. Este é rico em gordura monoinsaturada importante para a prevenção e gestão das doenças cardiovasculares como a Hipertensão Arterial (HTA). Informar, também, que deve manter

redução do sal e da gordura para temperar. Use maior quantidade de cebola, alho, tomate, pimento e ervas aromáticas, tempere como marinadas, reduzindo o sal. (DGS, 2020).

Família 2

A família 2 teve três consultas de enfermagem na USF, a primeira consulta foi com o Senhor J e as seguintes com o Senhor J e a Senhora F.

Os dados sobre a estrutura familiar foram adquiridos por meio de perguntas diretas aos membros presentes da família. As informações recolhidas estão detalhadas na Figura 3.

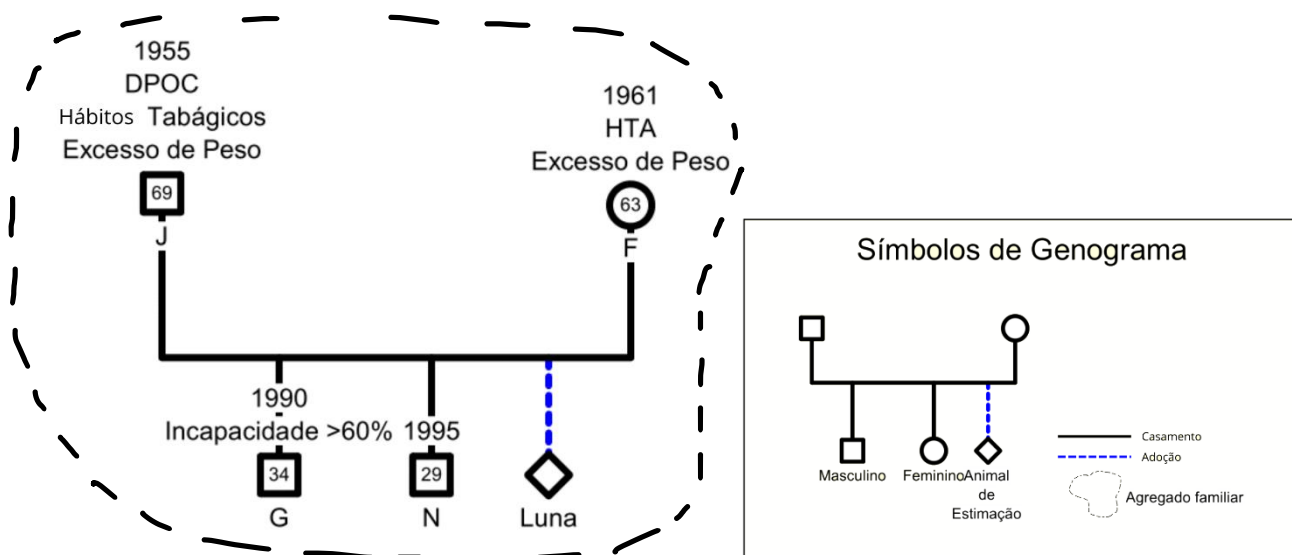


Figura 3: Genograma da Família 2 e respectiva legenda de símbolos

Trata-se de uma família nuclear, com filhos adultos (Relvas, 2000). Apresenta o subsistema conjugal, o Senhor J de 69 anos e a Senhora F de 63 anos, o subsistema parental e ainda o subsistema fraternal entre G de 34 anos e N de 29 anos.

O agregado familiar estabelece entre si vínculos de caráter forte. A maioria das relações externas à família, os sistemas mais amplos, são de vínculo intermedio como o vivido com a USF, com os vizinhos e com a Associação de Paralisia Cerebral. As exceções consistem nas ligações com a família extensa e com o trabalho do filho N que são consideradas fracas.

De acordo com os dados obtidos referentes à posição social, a família 2 insere-se na classe média.

O quadro com as áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF da família 2 encontra-se anexado (Anexo IV).

No que diz respeito às avaliações presentes no MDAIF, iniciou-se a avaliação do rendimento familiar que é Não insuficiente, uma vez que as entradas monetárias provêm não só da reforma do casal, mas também da pensão por incapacidade do G e do vencimento certo de N. “Vamos poupando tudo”.

O edifício residencial, é uma casa térrea que segundo os registos de Enfermagem de critérios relativos ao Tipo de Habitação se integra no Grau 3 e apresenta os seguintes juízos: Seguro e Não Negligenciado. Os mesmos registos evidenciam que o aquecimento é feito através de aquecedores durante períodos mais frios com as devidas precauções, que o gás é canalizado e se verifica a ausência de barreiras arquitetónicas na casa da família. Estas informações conduzem ao diagnóstico Precaução de Segurança Demonstrada.

O abastecimento de água é adequado através da rede pública.

No que diz respeito ao animal doméstico, estes são considerados membros da família e desempenham um papel importante nas dinâmicas familiares (Figueiredo, 2012; Pessanha & Carvalho, 2014). No entanto, a sua presença também pode trazer riscos à saúde humana, exigindo cuidados como vacinação e desparasitação, especialmente quando vivem dentro de casa, e é importante avaliar possíveis negligências (Figueiredo, 2012; Oliveira et al., 2017). A família em causa, tem uma cadela, a Luna. Os elementos da família apenas se queixaram dos gastos no veterinário.

Tendo em conta o rendimento familiar questionou-se se tinham conhecimento sobre os serviços de comunidade para os animais de estimação. Após perceber que os elementos da família não demonstravam esta informação, realizaram-se intervenções como ensinar sobre serviços de comunidade e orientar para serviços de comunidade. As atividades que concretizam esta intervenção foram: informar sobre serviços disponíveis do Centro de Recolha Oficial da cidade de forma gratuita e/ou com redução de valores aos cães e gatos dos munícipes da região da família 2. Além disso, mostrou-se o site do serviço falado.

Na dimensão de Desenvolvimento foram concretizadas atividades diagnósticas no âmbito da satisfação conjugal e do papel parental. Deste modo, as dimensões práticas associadas à relação dinâmica e à comunicação foram avaliadas.

A díade encontra-se casada desde 1982 e afirmam “Não nos damos um sem o outro”. Ambos se encontram satisfeitos com a partilha das tarefas domésticas. Também se mostraram felizes com o tempo que passam juntos. Os elementos do casal evidenciam que falam sobre os seus sentimentos “vamos falando de muitas coisas ao longo do dia.” afirmou o Senhor J, bem como ambos admitem perceber de modo não verbal quando “algo não está bem”, uma vez que o Senhor J fica mais silencioso e a Senhora F evidencia um fâcies de tristeza.

Quando questionados sobre a expressão de sentimentos, a Senhora F afirmou que o Senhor J não tem por hábito dizer “gosto muito de ti” ao contrário da própria que confirmou dizer algumas vezes. Também se questionaram os elementos do casal sobre o que mais gostavam um no outro, sendo que a pergunta causou surpresa ao casal e após breves momentos de reflexão responderam. O Senhor J disse que a esposa tem muita força, que é animada e tem um sorriso bonito. A Senhora F disse que o marido é trabalhador, cuidadoso e até meigo. Ambos disseram sentir-se muito bem a ouvir estas palavras.

A Senhora F verbalizou que gostava de ter uma comunicação mais amorosa e que sabe bem ouvir elogios. Por sua vez, o Senhor J disse que a fase de ser “amoroso” tinha passado. Confrontado com a questão “Então acha que uma relação ao fim de uns anos fica com menos amor?”, o Senhor J respondeu que não, permitindo assim conduzir à premissa que não ficando com menos amor ao longo do tempo, é importante continuar a mostrá-lo a quem está connosco com palavras e gestos simples.

Os elementos do casal conversam sobre as expectativas e receios de cada um e que também alcançam acordo perante a discordância de opinião com comunicação. Adicionalmente, a Senhora F afirmou que apesar de estar satisfeita com a comunicação com o marido, gostaria que “... [verbalizasse] mais o amor.”, desejo partilhado pelo Senhor J.

Por estes motivos, identificou-se o diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida por comunicação não eficaz. O objetivo prendeu-se por melhorar a eficácia da comunicação do casal através da promoção da comunicação expressiva das emoções e da comunicação do casal.

As atividades passaram por explicar que a comunicação expressiva das emoções pode ser realizada de modo simples e diário. Foi elaborado o planeamento de um ritual com o casal, no

qual deveriam tecer pelo menos um elogio ao par bem como ir verbalizando os seus sentimentos nesse momento. Providenciou-se o seguinte exemplo: Quando a Senhora F fizer as suas batatas fritas preferidas, em vez de dizer amanhã podes fazer outra vez, optar por uma frase como: “Obrigada as batatas estão tão boas que podia comer todos os dias, és uma boa cozinheira”. Ademais, quando a Senhora F ajudar a escolher a roupa para o marido dizer que lhe fica bem. Também se evidenciou que a comunicação pode ser através de ações, como oferecer flores, que podem até ser do campo da família para ser mais em conta, pois o marido revelou que sabe que a Senhora F gosta muito de flores. Os resultados foram visíveis rapidamente. Aquando de uma gargalhada da Senhora F no decorrer da consulta, o Senhor J disse que gostava muito de ouvir a esposa a rir. Imediatamente realizou-se reforço positivo sobre a facilidade com que foi capaz de elogiar a esposa.

Em seguida, mostramos o processo de Enfermagem que concerne ao Papel Parental. Os dados foram recolhidos com o Senhor J, lembrando que se trata de uma família com filhos adultos. A transição para a vida adulta implica que os jovens se envolvam e desenvolvam os seus projetos de vida. Nesse processo, os pais precisam de uma nova adaptação às mudanças dos filhos, redefinindo o papel da parentalidade (Rodrigues & Kublikowski, 2014). Na "fase madura" da vida familiar, as relações entre pais e filhos tendem a se tornar mais horizontais, levando ambos a se reconhecerem como iguais (Figueiredo, 2012).

O Senhor J mencionou que as tarefas dos filhos foram sendo adaptadas com o crescimento e desenvolvimento dos mesmos: “ O N já trabalha e ajuda com as despesas. O G também ajuda bem a mãe com a casa... quando eram mais novos não faziam isso.”

Sobre o N, o Senhor J revelou que gostava muito que “casasse, mas ele é difícil.”, “Se o N casasse, ia ter a família dele que também é importante, podia ter netos e ficava mais descansado com ele porque estava a seguir a vida”, “Eu sei que as coisas agora são diferentes e ele está bem e nós também, agora que gostava que tivesse uma namorada, gostava.”. Assim, tornou-se perceptível que o Senhor J considera que o N se encontra estagnado em relação ao futuro, havendo um lapso de conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental.

O Senhor J evidencia que se deu Redefinição das relação com os filhos enquanto adultos, que se encontra satisfeito com o tempo que passa com os filhos e ainda se identificou consenso no papel parental.

Contudo, identificou-se o diagnóstico de Papel Parental não adequado por conhecimento do papel não demonstrado. Foi esperado adequar o papel parental com intervenções como informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital. Neste caso, foi relevante reforçar a individualidade de N, esclarecer que é adulto e que tem direito de realizar as suas escolhas de vida, independentemente de ter ou não um relacionamento. Ademais, no momento atual do nosso país a maioria dos jovens continua a morar com os pais, tal como evidenciado pelos dados do Eurostat, 56,4% dos jovens portugueses entre os 25 e os 34 anos vivia em casa dos pais em 2021 (Alarcos, 2023).

Acerca da Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando a comunicação familiar, o *coping*, a interação de papéis e a relação dinâmica.

A comunicação emocional da família é eficaz, segundo a Senhora F: “O G fala muito e é mais de abraços e beijinhos de dizer que gosta disto e daquilo, o N também”. A família tem por hábito partilhar os acontecimentos menos bom, pedir desculpa e conversar sobre o impacto que a comunicação de cada um tem na família.

A comunicação verbal e não verbal é eficaz. A solução de problemas, *coping*, também constitui uma força desta família. A matriarca da família é normalmente a primeira a identificar e a tomar iniciativa na resolução de problemas em conjunto com o G. A resolução dos problemas é realizada sem recorrer a recursos externos, através de conversas: “Falamos calmamente e vamos resolvendo, até aqui temos resolvido tudo juntos. Somos muito os 4” Senhora F.

Quanto à interação de papéis familiares, os ganhos adquiridos são provenientes das pensões e do salário de N. O papel de gestão financeira é dividido pela Senhora F e pelo Senhor J. O cuidado doméstico também é da responsabilidade de dois elementos da família na maioria do tempo, Senhora F e G: “A F e o G fazem uma boa dupla a cuidar da casa.” elogiou o Senhor J. O filho mais velho tem ao encargo o papel recreativo: “O G escolhe os filmes e jogamos alguns jogos”. O papel de parente não é relevante para a família em causa: “Não temos contacto com o resto da família, somos os 4 há muitos anos, mas a ser alguém (a ter papel de parente) será a F.” Senhor J.

Deste modo, assume-se que os papéis mencionados podem ser ajuizados de eficazes.

A relação dinâmica, acarreta a compreensão no núcleo familiar do elemento percecionado como o de maior influência, avaliando a satisfação da família em relação ao impacto desse membro sobre os comportamentos dos outros e ainda a influência de cada pessoa nesses mesmos

comportamentos (Figueiredo, 2012). A Senhora F é a pessoa com mais poder na família: “A F tem mais energia e é mais forte” elogiou novamente Senhor J.

Considerando que a maioria dos laços familiares envolve mais de duas pessoas, é crucial avaliar a presença de triangulação nas relações e entender como essa dinâmica afeta as interações familiares (Bowen, 1979). A estabilidade e intensidade dessas relações são cruciais para o desenvolvimento individual dos membros e o bem-estar geral da família (Figueiredo, 2012). A satisfação dos membros com a expressão da união pode indicar uma avaliação positiva ou negativa do padrão de interação, fortalecendo a família ou identificando áreas que geram stresse. (Figueiredo, 2012). Deste modo, o Senhor J apontou compreensão entre a ligação entre o G e a Senhora F, tal como entre os irmãos “andam sempre à turra e amassa, mas não se largam”.

Ainda se realizou o preenchimento da escala de APGAR Familiar de Smilkstein pelos dois elementos do casal em momentos distintos. A maioria das respostas foi unânime com exceção da alínea 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 – em que a Senhora F respondeu algumas vezes e o Senhor J quase sempre. A avaliação final foi entre 8 e 9, sendo uma família altamente funcional. Portanto, o processo familiar funcional é mais uma força significativa da família 2.

No caso concreto, apesar do filho mais velho ter como diagnóstico paralisia cerebral, o mesmo é independente segundo Escala de Barthel, precisando apenas de apoio para entrar na banheira, uma vez que não gosta do poliban. O G frequenta associação de apoio uma vez por semana e fisioterapia duas vezes por semana para manter a parte motora funcional. Segundo os pais é extremamente interessado no mundo político e “é ótimo a fazer contas.” Assim, não foi necessário aprofundar o foco Papel Prestador de Cuidados.

O processo de Enfermagem de saúde individual do Senhor J foi iniciado na primeira consulta, na qual foi possível identificar o diagnóstico de Conhecimento sobre DPOC não demonstrado pelo dado: “Sei que afeta os pulmões e a capacidade de respirar mais não sei.”. O objetivo foi melhorar o conhecimento ensinando sobre DPOC e avaliando a evolução do conhecimento sobre DPOC.

Tendo em conta o conhecimento da fisiopatologia da DPOC é fundamental que o doente portador desta condição não tenha hábitos tabágicos (DGS, 2019). Assim, o abuso do tabaco é um foco relevante neste processo de enfermagem.

A evidência científica respalda a efetividade de uma abordagem breve e da entrevista motivacional (EM) na promoção da cessação do tabagismo (Kumar et.al, 2022). A EM tem como propósito incentivar a motivação do cliente para alterar padrões de vida disfuncionais e fortalecer o compromisso com mudanças comportamentais (Silva et. al., 2022). Nessa abordagem, o profissional estabelece uma relação empática com o cliente, construindo uma colaboração que facilita o diálogo e respeita a autonomia do mesmo na resolução da ambivalência em relação às mudanças desejadas para melhorar uma condição de saúde específica (Miller & Rollnick, 2013). Perante isto, a abordagem ao tema com o Senhor J baseou-se em alguns dos princípios da EM.

O Senhor J fuma um maço por dia e disse sentir-se bem, algo que considera “automático” e revela conhecimento sobre a relação do uso do tabaco com as doenças respiratórias: “Sei que não ajuda em nada, que o tabaco vai matando o pulmão. Há 10 anos fiz uma ecografia pulmonar e estava bem, o técnico nem acreditava que fumava, mas agora já não deve estar tão bem assim.”. O Senhor J conclui que desde 2019 se cansa mais depois de fumar.

Quando questionado se já tinha tentado deixar de fumar respondeu que sim, durante 8 dias, partilhando que gastou menos dinheiro. Contudo sentia-se irritado, sempre a pensar no tabaco e com uma sensação esquisita na boca. O Senhor J expressou desejo de parar de fumar, reconhecendo as vantagens de saúde e financeiras, além de reconhecer que isso seria benéfico para a sua família. Embora tenha considerado algumas estratégias, como deixar o maço de cigarros em casa, admitiu que não é fácil. No entanto, demonstrou estar ciente das estratégias disponíveis e confiante na sua capacidade de sucesso.

O diagnóstico identificado foi Abuso do tabaco que teve como objetivo diminuir uso do tabaco e a longo prazo identificar a condição de Saúde Sem abuso do tabaco. As intervenções nesta fase consistem em ensinar sobre abuso de tabaco, aconselhar sobre uso do tabaco e avaliar abuso de tabaco. As atividades concretizantes foram: informar que o tabaco é um fator de risco e desencadeante de agudização da DPOC. Indivíduos fumadores apresentam maior prevalência de sintomas respiratórios, de agudizações, de comprometimento da função pulmonar e de mortalidade comparativamente a não-fumadores, sendo a cessação tabágica um passo fundamental para o controlo da doença (GOLD, 2021).

Na segunda consulta, o Senhor J refere que pensou no que foi falado na consulta anterior e tem reduzido o número de cigarros para cerca de 15 cigarros por dia e diz que a ideia é continuar a esforçar-se. “Não é muito, mas ainda são alguns cigarros a menos” .

Família 3

A família 3 teve quatro consultas de enfermagem na USF P, com a Senhora C e o Senhor J. Houve oportunidade de conhecer alguns elementos da família alargada. Seguindo a estrutura utilizada nas demais famílias, segue-se a apresentação do Genograma, figura 4, que ilustra as informações sobre a estrutura familiar, obtidas por perguntas lineares aos membros da família que estavam presentes nas consultas.

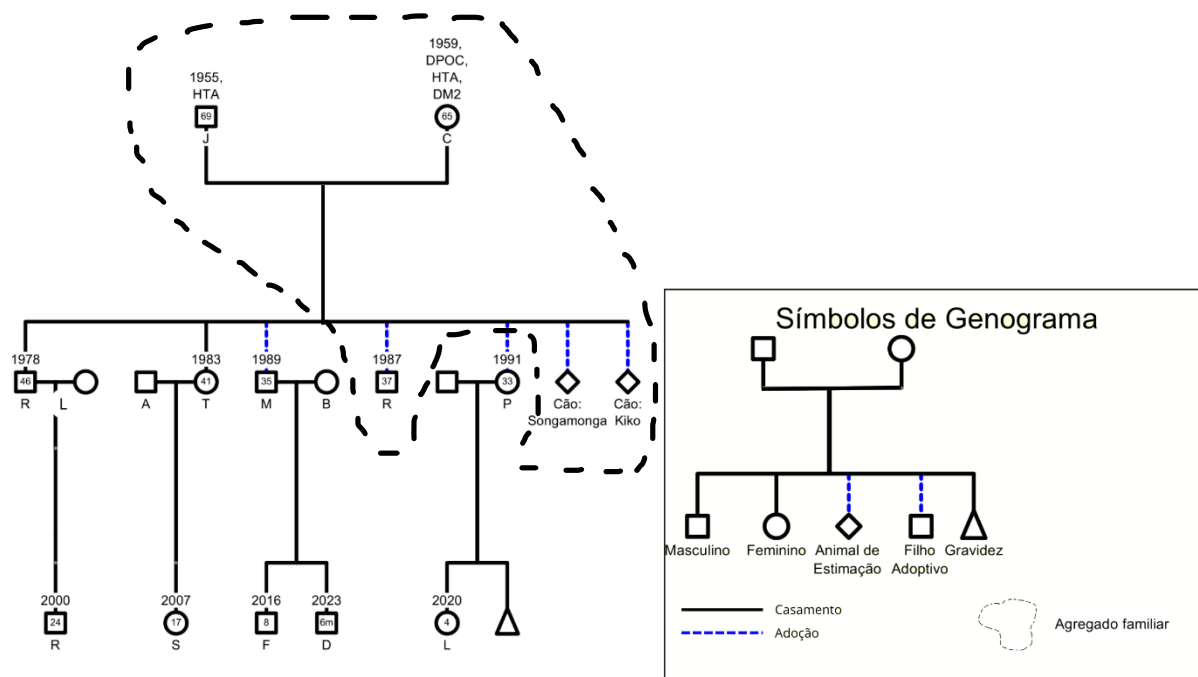


Figura 4: Genograma da família 3 e respectiva legenda de símbolos

O sistema familiar é composta por um casal, Senhora C de 65 anos e Senhor J de 69 anos, que detém presente o subsistema conjugal e ainda o R, filho de 37 anos que vive atualmente em casa com os pais, mantendo o subsistema parental.

Relvas (2000) concebe o ciclo vital da família como uma sequência de mudanças previsíveis na estrutura familiar, derivadas do desempenho de tarefas específicas pelos seus membros. De acordo com a autora, o ciclo vital da família é composto por cinco etapas distintas relacionadas a diferentes transições na família nuclear. A família 3 é uma família do tipo nuclear, com filhos

adultos. Os elementos do casal apresentam um vínculo forte entre si e intermédio com R. A família mantém contacto semanal quer presencial quer por telefone, por vezes diário, com os filhos e netos adotivos (M, R, P), mesmo os que não se encontram em Portugal, contudo com os filhos biológicos o contacto é inexistente. Após uma divergência na casa da família, na qual T afirmou que os pais gostavam “mais dos irmãos que eram adotados do que dos filhos de sangue”, deu-se um afastamento. Há cerca de 8 anos que não se falam. T vive também noutro país e R, filho mais velho do casal, vive em frente a casa dos pais. A Senhora C afirmou sobre a situação: “É tudo ciumeira, já me senti mais magoada com eles do que me sinto agora”; “A T nem nos convidou para o casamento.”. Em relação a outros sistemas amplos, os elementos do casal também convivem mensalmente com amigos/vizinhos, com os quais têm um vínculo intermédio. Os elementos do casal apresentam um vínculo intermédio com a USF P. O Senhor J verbalizou que por vezes encara o enfermeiro de família como parte da família. A Senhora C tem sete irmãos. A mais nova, Senhora M, toma conta da mãe. Falam por telefone diariamente e vão às consultas juntas.

A família pertence a uma classe social média, na qual a Senhora C tem o sétimo ano e o Senhor J tem quatro anos de escolaridade. R completou a atual escolaridade obrigatória no nosso país e está associado a uma profissão de grau 3.

O quadro com as áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF da família 3 encontra-se anexado (Anexo V).

No âmbito da Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar, a sua origem provém de vencimentos certos e das reformas quer de Portugal quer de outro país e da contribuição mensal do filho R. Ademais, tanto a Senhora C como o Senhor J revelaram conhecimento e capacidade para gerir o rendimento do casal de acordo com as despesas familiares, referindo não sentir dificuldade na gestão do dinheiro.

Quanto ao edifício residencial, a Família 3 detém um tipo de habitação grau 3, uma casa em bom estado de conservação, num local intermédio para residência.

A família apresenta conhecimento sobre a precaução de segurança. O gás é canalizado. A casa não apresenta barreiras arquitetónicas segundo a família, sem escadas, com poliban e banheira com tapetes antiderrapantes.

O abastecimento da água é através da rede pública.

A família tem dois animais domésticos: o cão Kiko e o cão SongaMonga. Referem que estes se encontram vacinados e desparasitados segundo o plano indicado pelo veterinário.

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

Passando à segunda dimensão de avaliação do MDAIF, a Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal e o papel parental.

Face à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação segundo a interpretação tanto da Senhora C como do Senhor J. A relação dinâmica foi avaliada através de questões sobre a partilha das tarefas domésticas, sobre a satisfação do casal com o tempo que passam juntos e ainda sobre a satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos. As respostas levaram a inferir que a relação dinâmica é não disfuncional. A comunicação também apresenta dados que evidenciaram uma força do casal. A díade conversa sobre as expectativas e receios de cada um. O casal consegue encontrar um consenso quando há divergência de opiniões. Adicionalmente, apresentaram satisfação com o padrão de comunicação do casal. O casal foi ainda questionado sobre o segredo para se manterem casados há 46 anos, ao que o Senhor J afirmou que se sentia “muito bem servido” que não arranjava “coisa melhor”. Por sua vez, a Senhora C constatou que “A mulher faz o homem e o homem faz a mulher. É necessário respeito e amor.” Deste modo e face aos dados obtidos no âmbito da satisfação conjugal, o casal mantém uma comunicação eficaz.

O Papel Parental também foi alvo de atenção.

A Senhora C e o Senhor J revelaram conhecimentos sobre as tarefas da nova etapa: “Agora também somos avós, eles pais, têm as suas casas, os seus trabalhos, as suas famílias.” Contudo, na segunda consulta foi possível compreender que os pais não “aceitam” a homossexualidade do filho R. Deste modo, a tarefa concreta de reforçar individualidade de cada um dos elementos, não está a ser vivida plenamente na família.

Os pais demonstraram redefinição das relações com os filhos – relações adulto-adulto. A família inclui família dos parentes por afinidade e netos: “Só temos relação com a família dos três irmãos, são queridos, gratos e tratam-nos bem.” confessou a Senhora C.

O casal encontra-se satisfeito com o tempo que passa com os filhos adotivos e com companheiros dos filhos e netos. Declararam que a situação com os filhos biológicos, "...já nos afetou mais, só de ver o R e o meu neto do outro lado da rua, ficamos melhor". O Senhor J acrescentou "Gostávamos que eles não tivessem ciúmes e que percebessem que vemos todos como filhos. Foi uma decisão deles afastarem-se".

Ao longo da consulta, é evidente que há consenso do papel bem como não existe conflito de papel ou saturação.

Assim, aflora-se o diagnóstico Papel Parental Não adequado por conhecimento do papel não demonstrado e por comportamentos de adesão não demonstrado. O objetivo foi adequar papel parental. As intervenções foram informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital (enfatizando o reforço da individualidade de R), promover a comunicação expressiva das emoções e facilitar a comunicação familiar. Também foi sugerido ao casal escrever cartas terapêuticas aos filhos biológicos explicando os seus sentimentos (mesmo sabendo que poderão não as entregar). A técnica permite reconhecer os recursos e pontos fortes da família, incentivando esperança e mudança nos padrões de interação, com benefícios notáveis tanto para o remetente quanto para o possível destinatário da carta (Fonseca, 2016).

Aplicar técnica de reenquadramento, técnica de mudança de segunda ordem que envolve a redefinição do contexto conceitual ou emocional de uma situação, alterando o ponto de vista para que os factos sejam percebidos de maneira diferente, ou seja, o reenquadramento visa transformar experiências stressantes em algo aceitável (Watzlawick & Weakland, 1975, p. 116). Assim, informar família que é expectável que não se encontrem satisfeitos com o tempo que passam juntos com os filhos biológicos uma vez que foi uma escolha dos mesmos se afastarem, não sendo culpa dos pais, realçar que é visível o amor e que foram equitativos nas oportunidades de cada um. Contudo, somos todos diferentes logo não encaramos a realidade do mesmo modo e devem respeitar a escolha deles, sabendo que esta escolha pode não ser definitiva e que ao longo dos anos deram sempre o melhor como pais.

Na última consulta, a Senhora C confidenciou que a filha T tem uma relação próxima com a Tia M, através da qual revelou preocupação com os pais e gosto em cuidar dos mesmos aquando da velhice. Esta informação inundou o casal de alegria e de esperança numa nova aproximação.

O processo familiar foi avaliado com o Senhor J e a Senhora C nas primeiras duas consultas. A comunicação familiar apresentou dados de aceitação da família relativamente à expressão de

sentimentos dos membros tal como do impacto dos mesmos, como: “Dizemos todos os dias, gosto de ti e aos filhos e netos também”

A Comunicação Verbal/ Não Verbal foi considerada eficaz, uma vez que revelaram conhecer-se e compreenderem-se mutuamente através de expressões e olhares. A comunicação circular foi ajuizada como eficaz.

A Senhora C é o elemento da família que identifica primeiro os problemas e também é a “fornecedora de soluções”. Concordaram que até ao momento têm sido bem sucedidos a lidar e a resolver os diferentes problemas da vida diária.

A interação de papéis encontra-se bem definida e é encarada como eficaz pelos elementos da família. O papel de provedor é dividido pelos três elementos, o papel de gestão está ao encargo do Senhor J tal como o papel recreativo. Por sua vez, o papel de cuidado doméstico e de parente são partilhados pelo casal.

Os constituintes do casal encaram a Senhora C como o elemento com mais poder.

Em termos de Alianças e Uniões, ao longo dos contactos foi possível perceber uma ligação forte entre o casal e entre a Senhora C e R. Ainda foi verbalizado pela Senhora C que “Apesar de serem todos meus filhos por igual, neste momento estamos mais unidos à P, à minha neta e ao R.”.

No que diz respeito à escala de APGAR Familiar de Smilkstein, houve concordância em todas as respostas do casal, obtendo um total de 9 pontos, o que significa que a família é altamente funcional.

Apesar dos dados recolhidos na segunda consulta houve um diálogo sobre a homossexualidade de R que evidencia uma Comunicação Familiar Não Eficaz por comunicação emocional não eficaz; Comunicação Verbal/Não Verbal não eficaz; Comunicação circular não eficaz.

O Senhor J revelou que queria que o filho casasse, “mas isso não vai acontecer”. Quando esmiuçado motivos para tal afirmação, disse “Ele tem outros gostos”. Compreendeu-se com reforço da Senhora C que R é homossexual. Ambos evidenciaram que esta verdade foi revelada aquando do internamento do filho por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e que foi muito difícil para todos. Os pais e os irmãos nessa fase mostraram-se muito disponíveis para apoiar R. Atualmente, a saúde de R encontra-se estável e com acompanhamento pelo hospital da zona de residência. Ao longo da conversa foram sendo reforçadas algumas ideias como a possibilidade

de R casar, sendo uma realidade aprovada em Portugal desde 2009, de acordo com Lei nº9/2010 de 31 de maio (Assembleia da República, 2010).

A revelação da homossexualidade, o coming out, perante a família pode ser experienciada de modos distintos (Nascimento & Scorsolini-Comin, 2022). A aceitação da homossexualidade dos elementos da família é um processo gradual e pode não só envolver preconceitos enraizados especialmente entre os membros masculinos da família (Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018), tal como no caso observado, bem como enaltecer preocupações familiares associadas às expressões sexuais da homossexualidade (Silva et al., 2015). A realidade vivida é espelhada nas evidências científicas, uma vez que realça que os irmãos frequentemente são uma fonte de apoio importante para os homossexuais, facilitando a aceitação pelos demais membros (Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018). É fulcral compreender que o processo de aceitação não se limita à reação inicial perante a revelação, porém desenvolve-se ao longo do tempo, influenciado pelo comportamento do indivíduo homossexual, das suas relações interpessoais e dos eventos que envolvem a família de forma direta ou indireta, como o início de novos relacionamentos (Nascimento & Scorsolini-Comin, 2022).

O Senhor J mostrou-se, também, reticente ao facto de ter de conviver com um possível namorado do filho em casa: “em minha casa não aceito.” Por este motivo, foi reforçada a compreensão e a noção de que o ser humano é um ser de hábitos e que o Senhor J e a Senhora C estavam habituados a ver um casal como um homem e uma mulher, por isso é perceptível que ainda não haja conforto com a situação. Porém, tornou-se essencial evidenciar que todas estas ideias e ações têm impacto nos outros, nomeadamente no R, exigindo reflexão por parte dos pais.

O diagnóstico de Enfermagem identificado remeteu para Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e Coping Familiar Não Eficaz. O resultado desejado foi melhorar a funcionalidade familiar. As intervenções para tornar a comunicação eficaz foram: Promover comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família, otimizar a comunicação na família, planear rituais na família e otimizar padrão de assertividade. As intervenções mais características para o coping familiar, segundo o MDAIF, são promover estratégias adaptativas de coping na família e negociar estratégias adaptativas de coping na família.

As atividades consistiram em planear e proporcionar um tempo concreto para que o Senhor J e a Senhora C pensem e falem da nova perspetiva mencionada na consulta sobre a sexualidade do

filho R. Informar que a orientação sexual não é uma “nova” realidade, e que aquele filho que adoravam porque era pequenino, meigo e cuidadoso já era e sempre foi gay. A diferença está no facto de o pai e a mãe passarem a ser conhecedores disso. O que será certamente novo será o diagnóstico de VIH. O VIH é uma doença crónica tal como a DPOC e a HTA, também implica cuidados e vigilância. Informar também que o VIH não é exclusivo dos homens que têm sexo com homens. Explicar que há maior probabilidade de contrair VIH pelas relações sexuais anais e o filho, caso fosse heterossexual, poderia contrair na mesma tendo sexo anal com uma mulher. O sexo anal não é exclusivo dos homens gays. Salientar aos pais que R não mudou em nada e não escolheu nada, apenas nasceu assim e antes de eles saberem, não havia qualquer problema. Informar sobre a disponibilidade de apoio psicológico gratuito e confidencial, individual ou em grupo, na AMPLOS, Organização não governamental constituída por pais e mães com filhos/as LGBTI+. Providenciar site da AMPLOS e Guia para Famílias de Pessoas LGB+.

Importa relevar que o apoio da psicóloga Paula Allen foi essencial para a abordagem deste tema e para que as atividades fossem feitas com assertividade e com profissionalismo.

A abordagem narrativa também foi utilizada para incentivar a transformação na dinâmica familiar ao desafiar as narrativas predominantes sobre o problema e criar histórias, ou narrativas alternativas, para dar sentido aos eventos de vida (Sequeira & Alarcão, 2013 cit. por. Pinho et al., 2022). De facto, procurou-se colocar os pais a personificarem a homossexualidade, a verbalizarem os seus sentimentos e anseios conversando com a homossexualidade para que a fosse possível alcançar a compreensão, a familiaridade e assim desconstruírem a carga negativa associada. Ainda se tornou perceptível que os pais ao longo dos últimos meses tiveram diversos momentos em que não se sentiram “incomodados” pelo filho ser gay e deu-se a tentativa de os amplificar.

O incómodo maior reside nas opções do filho em relação às suas relações amorosas, ou seja, os pais revelam uma enorme preocupação pois dizem “o meu filho é levado muito facilmente...” “...tem gastado tudo com ele [novo namorado], é jantares, é almoços, roupas...”. Explicou-se uma vez mais que é compreensível a preocupação, contudo, o filho é adulto, deve tomar as suas decisões de modo autónomo. Sabendo que também é adulto para arcar com as repercussões das suas escolhas.

O R tem um trabalho por turnos e não foi possível ter um contacto presencial com o mesmo. Contudo, contactou-se telefonicamente e mostrou-se disponibilidade para falar sobre as suas

necessidades e também informar que se sentir stresse minoritário devido à sua orientação sexual, poderemos prestar apoio diferenciado.

A Senhora C tem DPOC, o que conduziu à identificação de certos focos trabalhados no processo de Enfermagem individual como conhecimento sobre DPOC. A Senhora C afirmou: “É uma doença que ficará comigo para a vida e que me afeta a respiração... é normal que com a idade me vá sentido mais cansada.”. Revelou que a patologia já faz parte da sua vida e que tem andado estável, fazendo uma boa gestão da energia.

Conhecimento sobre [DPOC] não demonstrado foi o diagnóstico identificado e ensinar sobre regime DPOC e avaliar evolução do conhecimento sobre DPOC foram as intervenções. As atividades já foram mencionadas ao longo do documento.

Em seguida avaliou-se o regime medicamentoso e concluiu-se que a Senhora C toma todos os medicamentos conforme estão indicados e sabe os seus efeitos. No que diz respeito à DPOC, a Senhora C realiza inalador (Brisomax 50/250) duas vezes por dia e dorme com BiPAP “há muitos anos, sem problemas”.

A realização da técnica de inalação de forma correta é fundamental para o controlo da doença respiratória crónica e evitar exacerbações da doença. Efetivamente, sabe-se que a má técnica inalatória concorre para o aumento da recorrência aos cuidados de saúde (Costa & Costa, 2023). Deste modo, percebeu-se com a Senhora C o modo de uso do inalador, a mesma afirmou que por vezes fica com o sabor do inalador na boca, ou seja, o conhecimento sobre técnica de inalação não foi demonstrado na totalidade que conduz a uma não adesão ao regime medicamentoso. Importa colmatar a falta de informação e ensinar a Senhora C sobre a técnica de inalação. De acordo com o folheto informativo do fármaco, mencionou-se todos os passos reforçando que após cada utilização é recomendado bochechar com água para ajudar a evitar as aftas e a rouquidão.

A Senhora C também revela adesão ao regime dietético: “Eu mantenho os cuidados que a nutricionista me disse que tinha de ter quando foi para perder peso, há uns anos perdi 10 kgs e agora mantenho, mais leve ando melhor em tudo”. Porém, o mesmo não acontece com o regime de exercício. A Senhora C afirma fazer algumas caminhadas. A Não adesão ao regime de exercício surgiu por conhecimento sobre regime de exercício não demonstrado e apresentou como intervenções: Ensinar sobre regime de exercício, avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício, negociar regime de exercício. Atividades que concretizaram as intervenções

passaram por informar a Senhora C que é importante para o controlo da DPOC, o exercício físico e que deve realizar, pelo menos, 30 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada (por exemplo, caminhada), pelo menos 5 dias por semana (Fastenauet al., 2020) e pode-se mediar acompanhamento do Senhor J nas caminhadas.

A Senhora C afirma tal como este ano irá fazer as vacinas recomendadas pelo enfermeiro de família (gripe, pneumonia e covid-19). Assim, identificou-se Adesão ao regime de imunização.

O sono da Senhora C é adequado num período de oito horas: “Sempre dormi mais ou menos bem, com o aparelho melhor. E durmo sempre a noite toda”.

Todavia, quando abordado o BiPAP, a Senhora C queixa-se de ficar com algumas manchas na pele que aumentam quando passa mais tempo no exterior. Nega máscara apertada durante o uso. As intervenções para o diagnóstico de Pele comprometida foram aconselhar a aplicação de creme hidratante e protetor solar diário. A avaliação da evolução da pele permitiram terminar o diagnóstico.

Os doentes com DPOC tendem a apresentar níveis mais elevados de dor (Iglesias et. al., 2020). Porém, a Senhora C afirma não ter dores de modo recorrente.

Por outro lado, o Senhor J apresenta como condições de saúde: Adesão ao regime medicamentoso, Adesão ao regime de exercício e Sono adequado. Identificou-se Não adesão ao regime dietético por conhecimento não demonstrado, pois Senhor J afirmou que o seu pequeno-almoço era “uma caneca muito grande que temos com café com leite e açúcar (muito) e dois pães com manteiga”. As intervenções consistiram em ensinar sobre regime dietético, avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético, negociar regime dietético e foram concretizadas nas seguintes atividades: Informar Senhor J que deve manter uma alimentação equilibrada e variada tal como a esposa; informar que o açúcar e os alimentos açucarados contribuem para o aparecimento ou descontrolo de outras patologias como obesidade e HTA e para o envelhecimento (DGS, 2020). Mediar uso de uma caneca de tamanho “normal”, perceber quantas colheres de sopa de açúcar são ingeridas e ingerir apenas um pão com manteiga ao pequeno-almoço.

Família 4

A família 4 teve três consultas de ESF na USF P. A Senhora A esteve presente em todas as consultas sendo acompanhada pelo filho na última consulta.

Numa abordagem semelhante à utilizada com as outras famílias, apresenta-se o genograma, na figura 5, que representa as informações sobre a estrutura familiar. Essas informações foram obtidas através de perguntas lineares feitas aos membros da família presentes durante a consulta.

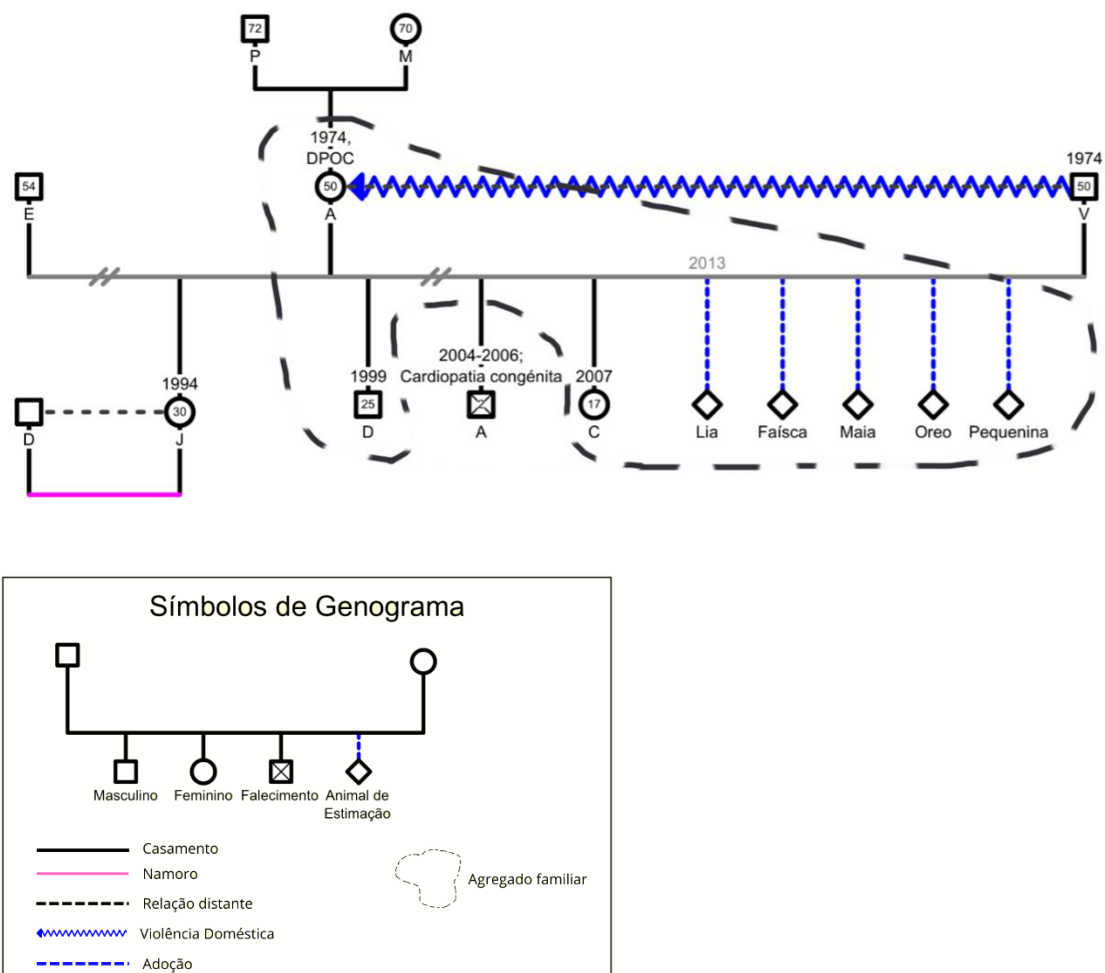


Figura 5: Genograma da Família 4 e respectiva legenda de símbolos

O sistema familiar é constituído pela mãe, Senhora A, de 50 anos, filho D de 25 anos e filha C de 17 anos. Trata-se de uma família monoparental, liderada pela mulher, na qual estão presentes o subsistema familiar parental e fraterno (Figueiredo, 2012).

Relativamente aos sistemas mais amplos, a família mantém contacto diário por telefone e pessoal pelo menos semanal com J, filha da Senhora A com 30 anos e com os pais da Senhora A (Senhor P e Senhora M), com os quais apresentam um vínculo forte tal como os vínculos presentes no agregado familiar. Por outro lado, há um vínculo intermédio com o trabalho da Senhora A, com a escola de C e com a USF P pelos elementos da família.

A família 4 pertence à classe média. A Senhora A tem o 12º ano e trabalha como cozinheira num restaurante. D realizou um curso técnico-superior na área de informática que não finalizou. C continua a estudar.

O quadro com as áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF da família 4 encontra-se anexado (Anexo VI).

A dimensão estrutural foi avaliada ao longo das consultas. Inicialmente compreendeu-se que a origem do rendimento familiar é o salário mínimo da Senhora A que afirmou: “Não dá para tudo...”, “ O pai deles ajuda... também não tem muito para ajudar”; “há uns tempos, falamos com a assistente social”, “vou fazendo da melhor maneira.”. Assim, identificou-se o diagnóstico Rendimento Familiar Insuficiente, cujo objetivo foi melhorar a gestão do rendimento familiar que as intervenções consistiram em: promover a gestão do rendimento familiar; orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social); requerer serviços sociais (técnica de serviço social) através de pedido de colaboração interno para assistente social a referenciar família com apresentação dos dados recolhidos sobre foco em causa.

Outro diagnóstico identificado foi conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Não demonstrado, o resultado desejado foi melhorar conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. A intervenção baseou-se em ensinar sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares e avaliar a evolução do conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares.

As atividades que concretizam as intervenções foram a elaboração conjunta de uma tabela com (entradas e saídas de dinheiro mensal – salário, apoios, prestações/dívidas, habitação, luz, água, alimentação, saúde, outras despesas essenciais, despesas pessoais de cada elemento da família) e informar, após construção e análise, alternativas de gestão do rendimento familiar;

Tornou-se evidente que metade do ordenado serve para pagar apartamento, que despendem entre 300 e 400 euros para alimentação e que gastam mais de 200 euros em luz, água e gás. A

tabela construída evidenciou que a Senhora A recebe 120 euros mensais do pai de C que cobre o valor das consultas de pedopsiquiatria e medicação da filha. Ainda tem apoio dos seus pais nas despesas relacionadas com televisão e internet e por vezes na alimentação. A Senhora A gasta 2,20 euros, por deslocação para o trabalho, com a senha de autocarro. Aconselhou-se a comprar passe mensal de transportes para poupar até 20 euros. O valor do maço de tabaco é cerca de cinco euros, o que Senhora A verbalizou ser um preço elevado “ao reduzir os cigarros, consigo poupar para os medicamentos.”, “mas não é fácil...”. A análise conduziu-nos, ainda, a salientar a necessidade de apoio financeiro por parte do filho D, que não tem emprego.

A administração eficiente das finanças pessoais é fundamental para que os membros de uma família possam gerir de forma mais eficaz os seus ganhos e ter um controlo mais preciso das despesas familiares, proporcionando, assim, a segurança necessária para adquirir os bens essenciais (Marinho, 2022). Andres (2010, p.14) refere que o planeamento financeiro familiar apresenta a sua importância pelo facto de auxiliar a pessoa e o seu agregado familiar “a aumentar as suas probabilidades de alcançar a tão sonhada tranquilidade económico-financeira”. A educação financeira é crucial para que as famílias possam tomar decisões financeiras informadas diante dos desafios diários e sejam capazes de conduzir a gestão financeira de suas famílias (Marinho, 2022).

O foco de Edifício Residencial segundo os dados recolhidos é um apartamento que se integra segundo os registos de enfermagem dos critérios relativos ao tipo de habitação no Grau 3 e pode ter seguro como juízo atribuído.

A Senhora A, no âmbito da precaução de segurança, admitiu que a casa é quente e raramente usam aquecedor. Afirmou ter mais cuidado e atenção com as tomadas e quadros elétricos desde que os filhos eram pequenos, e que mantém essa prática. O abastecimento de gás é canalizado. A precaução de segurança foi demonstrada apesar do prédio apresentar escadas. A Senhora A afirmou que não têm dificuldade a subir e a descer escadas e que se for necessário usa elevador.

A água é proveniente da rede pública.

A família tem animais domésticos não negligenciados: A Senhora A afirmou ter “cinco cãesinhos” Afirmam que os animais não são muito dispendiosos: “Eles são pequeninos, comem pouco.”, “Eu compro a medicação dos parasitas e eles tomam em casa, assim poupo... as vacinas são lá quando tem de ser.”.

Passando à dimensão do desenvolvimento, importa, perceber como se vive o papel parental na família em causa. A Senhora A apresenta conhecimento sobre tarefas da nova etapa. Em termos de comportamento de adesão, não se deu uma eficaz redefinição das relações com o filho: “Não considero o D um adulto, se a enfermeira falasse com ele também não...”. Notou-se também uma insatisfação em relação ao contacto mantido com os filhos: “tenho pouco tempo, muito trabalho, muito cansaço”, “vemos televisão, conversamos às refeições.”, “Gostava de ter mais tempo e energia para melhorarmos a relação”. A Senhora A revelou que por vezes se sente cansada: “Há alturas que sim, com tudo, agora nem tanto” ,“ Sinto-me bem... são meus filhos, sozinha não é tão fácil, tudo se faz, vai-se fazendo.”.

Perante as evidências identificou-se o diagnóstico de Papel Parental Não Adequado por Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa não demonstrado; Redefinição não demonstrada das relações com o filho – relações adulto-adulto; Comportamento de adesão não demonstrado por não satisfação com o contacto mantido com os filhos e Saturação do Papel Parental. Estas são as áreas que se pretenderam melhorar para que a parentalidade seja vivida de um modo mais saudável.

As intervenções foram: Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital, tanto da família com filhos adolescentes (Socialização e individualização dos seus elementos. Flexibilidade e continuidade. Equilíbrio entre liberdade e responsabilidade. Interesses pós-parentais) como da família com filhos adultos (Facilitar a saída dos filhos de casa; aprender a lidar com o envelhecimento; reforçar individualidade de cada um dos elementos; reforçar redes sociais de apoio.); promover a comunicação expressiva das emoções; facilitar a comunicação familiar. As atividades realizadas foram as seguintes: Sugestão de redação de cartas terapêuticas sobre sentimentos de cada um em relação à família, aos sentimentos vividos e aos papéis que cada um desempenha, escolher um momento para falar sobre as cartas em família; planejar com a família rituais terapêuticos para que possam ter tempo de qualidade juntos no qual possam conversar, exemplo: ao jantar, cada um fazer o resumo do seu dia das suas conquistas e dos seus desafios. Efetivamente, os rituais familiares, desempenham um papel crucial na vida familiar, estruturando-se de forma única em cada família para marcar e facilitar as transições de desenvolvimento. Do ponto de vista terapêutico, esta prescrição procura estabelecer novos padrões familiares, abordando o conflito entre as regras verbais e analógicas para promover mudanças comportamentais, (Wolin & Benett, 1984). Seguindo a abordagem da Escola de Milão, os rituais prescritos devem detalhar as ações a serem realizadas, quem as realizará, quando e

em que sequência, visando facilitar sua implementação pela família, evitando o receio de ritualizar comportamentos desejáveis (Figueiredo & Dias, 2023).

Relativamente à saturação as intervenções foram: Promover a comunicação expressiva das emoções; avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); promover estratégias de coping para o papel; promover o envolvimento da família alargada. Torna-se assim importante confirmar com a Senhora A que as situações geradoras de saturação são a quantidade de trabalho, as tarefas domésticas e D não trabalhar nem estudar.

Aplicou-se a técnica da metáfora, uma vez que as metáforas desempenham um papel fundamental na maneira como os problemas familiares são abordados e resolvidos, pois incentivam o envolvimento emocional dos membros da família na interação com o profissional (Figueiredo & Dias, 2023). Os pais estão a construir navios e que esse navio é cada filho. Os pais devem dar as bases de sustentação, ser âncora e porto seguro, porém saber que os navios foram feitos para navegar ao encontro das próprias aventuras, riscos e vivências. Explicar que é necessário atuar em relação à inércia do D, que este não precisa de sair de casa tal como a J, contudo o seu navio deve encontrar um rumo, académico e/ou profissional. Esse caminho irá ajudar a Senhora A a encarar D como adulto e irá apoiar financeiramente a família. Sugerir apoio dos pais da Senhora A e de J, com D e C.

A família 4 vivenciou duas transições familiares não normativas, para além das separações da Senhora A dos seus companheiros, como a morte de A e a violência doméstica. De facto, estas crises acidentais imprimem na família e em cada um dos seus elementos um grande impacto (Alarcão, 2006). Quando ocorre a perda de um filho, os membros da família frequentemente experimentam emoções profundas podendo surgir sentimentos de culpa, direccionados tanto para o próprio como para os outros membros da família, atribuindo responsabilidades à tragédia (Gomes, 2020). Se o processo de luto não for gerido de maneira eficaz, há o risco de enfrentarem desafios psicológicos, conflitos conjugais ou até mesmo manifestações de distúrbios comportamentais (Gomes, 2020). Assim, é essencial que os enfermeiros compreendam o impacto do luto na família (Silva, 2019; Cotrim & Figueiredo, 2023). Efetivamente, aquando desta conversa, a Senhora A mostrou-se bastante emocionada. A Senhora A comentou que foi uma situação muito difícil para todos, que “afetou muito o D” e que a mesma perdeu as suas crenças religiosas. Apesar de ser um assunto doloroso para a família afirmou que falam sobre isso: “No dia de anos dele, fazemos bolo e cantamos os parabéns todos juntos...”.

A violência doméstica, também denominada violência familiar, é um evento situacional (Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres, 2017), experienciado pela família 4. A violência doméstica, abrange diversos tipos de agressão e é caracterizada pela intimidade e proximidade nas relações entre agressor e vítima, frequentemente ocorrendo no ambiente doméstico (Martins et. al., 2017). No contexto conjugal, a violência geralmente surge como uma solução para resolver conflitos familiares, sendo associada a conceitos de disciplina, hierarquia e respeito (Alarcão, 2006).

A Senhora A admitiu que o pai dos filhos a tentou matar em espaço público e que por isso se encontrou preso. Simultaneamente, J deixou de viver com a mãe e irmãos por não tolerar as agressões. A Senhora A também revela que a vivência da violência foi o motivo principal para C precisar de apoio em pedopsiquiatria.

Foi aplicada a escala de APGAR Familiar de Smilkstein com um total de seis pontos que infere família com moderada disfunção.

Em seguida, está presente o processo de enfermagem relativo à Senhora A.

Numa das consultas, a Senhora A apresenta lesão cutânea com tumefação no membro inferior esquerdo sem drenagem de conteúdo com uma semana de evolução com edema e pele perilesional ruborizada e desidratada. O diagnóstico identificado foi ferida [por abscesso] e teve como objetivo a cicatrização da ferida. As intervenções efetuadas foram: Executar tratamento à ferida (uma vez por semana ou em SOS), avaliar evolução da ferida (aquando do tratamento) e providenciar pomada com ácido fusídico. O objetivo foi atingindo no espaço de uma semana.

No que diz respeito à DPOC, avaliou-se o conhecimento sobre a doença: “Não sei bem”. Conhecimento sobre DPOC não demonstrado, foi o diagnóstico identificado. Pretendeu-se melhorar o conhecimento através do fornecimento de informação: Ensinar sobre DPOC e avaliar evolução do conhecimento sobre DPOC.

A adesão ao regime medicamentoso é também uma área que carece da atenção de Enfermagem e de intervenção: “Não faço as bombas todas porque são caras, faço o Ventilan, alivia mais rápido e é o mais barato.”. Deste modo, procurou-se então que a Senhora A melhore a adesão ao regime medicamentoso (inaladores). Para além, da promoção da adesão a medicação e da informação fornecida sobre a necessidade de cumprir com o regime prescrito também se providenciou informação sobre apoios sociais. Deu-se, ainda, a referenciação da situação à médica assistente para verificar possibilidade de fármacos mais económicos.

Numa das consultas foi possível compreender que a Senhora A não realiza exercícios respiratórios apesar de ter o material necessário. Assim, Não adesão ao regime de exercício por capacidade [de realização de exercícios respiratórios] não demonstrada. Para melhorar esta capacidade, instruiu-se sobre exercícios respiratórios bem como se treinou e supervisionou. Ademais, fez-se uma negociação da realização dos exercícios respiratórios e foi-se avaliando a evolução da capacidade e adesão ao regime. As atividades passaram por: Informar cliente sobre ajuste da graduação do aparelho Respirom e que, deve iniciar no grau de menor dificuldade aumentando de modo gradual. Informar cliente que deve realizar uma expiração tranquila, quando sentir que todo o ar foi expirado ajustar o bocal aos lábios e inspirar, assim as esferas vão se elevar sequencialmente; É ideal mantê-las elevadas por alguns segundos; Posteriormente retirar bocal dos lábios quando concluir a inspiração e expirar naturalmente, iniciando nova repetição, também mediar realização dos mesmos nos dois dias de folga duas vezes na semana, com quatro séries de dez repetições nas primeiras sessões (Rosa & Escorcio, 2020).

O diagnóstico abuso do tabaco foi identificado e após intervenções e reflexão da parte da Senhora A, iniciou-se uma redução em média de cinco cigarros por dia.

O sono da Senhora A apresenta compromisso, pois afirmou que não dorme muito bem, “Já durmo elevada, às vezes tenho de dobrar ainda mais as almofadas”, “Quando tenho ataques de tosse, tenho de me levantar logo”. Para que a Senhora A apresente sono adequado, recorreu-se às intervenções anteriormente mencionadas bem como se deu a referenciação da situação à médica assistente. Teve como atividades: Informar que a DPOC aumenta a suscetibilidade a distúrbios do sono por anormalidades das vias aéreas superiores e inferiores (Clímaco et. al., 2022). Informar ainda que se realizar exercícios respiratórios e aderir ao regime medicamentoso poderá melhorar a capacidade respiratória e descansar melhor. Propor à médica assistente, novas opções terapêuticas como Ventilação não Invasiva.

O plano de vacinação da Senhora A encontra-se adequado e atualizado.

Nesta e nas restantes famílias com a continuidade de cuidados seria importante para uma maior compreensão na dimensão tratada, aplicar escalas como a FACES II cuja versão portuguesa é de Otília Monteiro Fernandes de 1995 (Figueiredo, 2012).

Avaliação e intervenção em famílias que integram membro com DPOC: da prestação de cuidados aos resultados obtidos

Em resposta às necessidades identificadas e com o objetivo de apresentar de modo claro e conciso aquele que foi o âmbito de avaliação e intervenção familiar durante o período de estágio às famílias que integram membro com DPOC, expõem-se os resultados graficamente. As diferentes áreas avaliadas advêm das narrativas e perspetivas partilhadas pelos membros de cada família durante as consultas de ESF, englobadas nos processos de Enfermagem.

O Gráfico 1 ilustra a taxa de avaliação realizada face às dimensões de avaliação, tendo por base o MDAIF, por número total de famílias avaliadas.

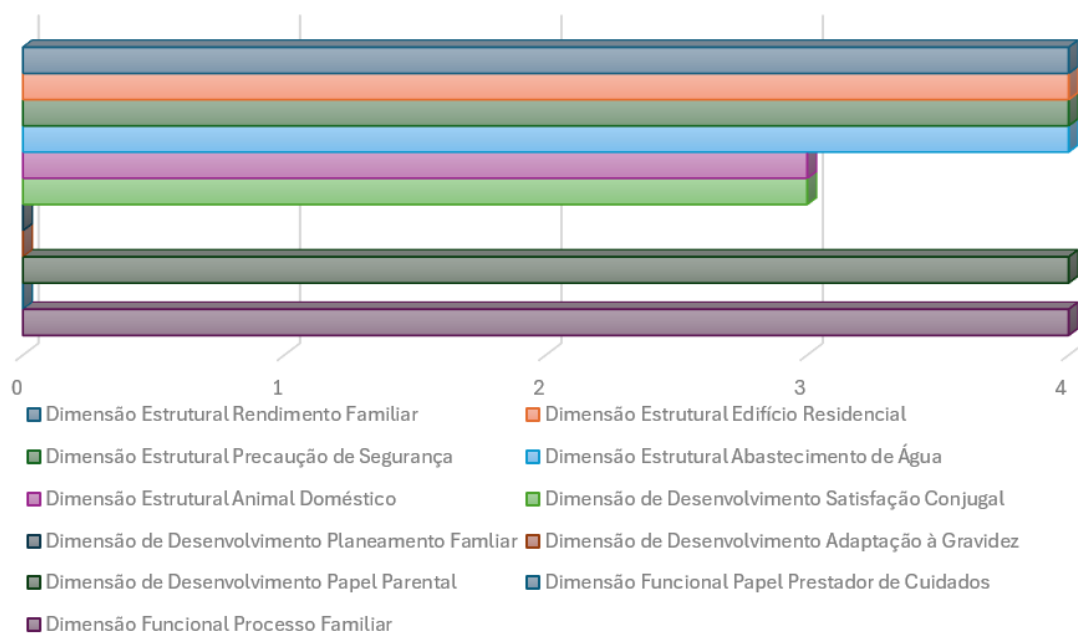


Gráfico 1: Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.

Os dados representados no Gráfico 1 evidenciam que as quatro famílias foram avaliadas em todas as áreas de atenção referentes à Dimensão Estrutural. Deste modo, a taxa de avaliação no Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água e Animal Doméstico foi de 100,0%. A Dimensão de Desenvolvimento, teve avaliação na área de atenção Satisfação Conjugal em três famílias que representou uma taxa de avaliação de 75,0% e na área de atenção Papel Parental nas quatro famílias com 100,0%. Por sua vez, as áreas de atenção no âmbito do Planeamento Familiar e da Adaptação à Gravidez, não foram avaliadas, uma vez que não se integram nas idiossincrasias das famílias e dos seus constituintes.

Relativamente à Dimensão Funcional, foi alcançada uma taxa de avaliação do Processo Familiar de 100,0%, o que corresponde a quatro famílias avaliadas. Nenhuma avaliação foi realizada no Papel de Prestador de Cuidados, pois não houve observação de compromisso ou dependência significativa no autocuidado por parte dos membros das famílias avaliadas.

O Gráfico 2 surge após a necessidade de examinar as áreas de atenção avaliadas, uma vez que se torna relevante descrever e analisar os diagnósticos resultantes dessa avaliação que exigiram intervenções na área da ESF.

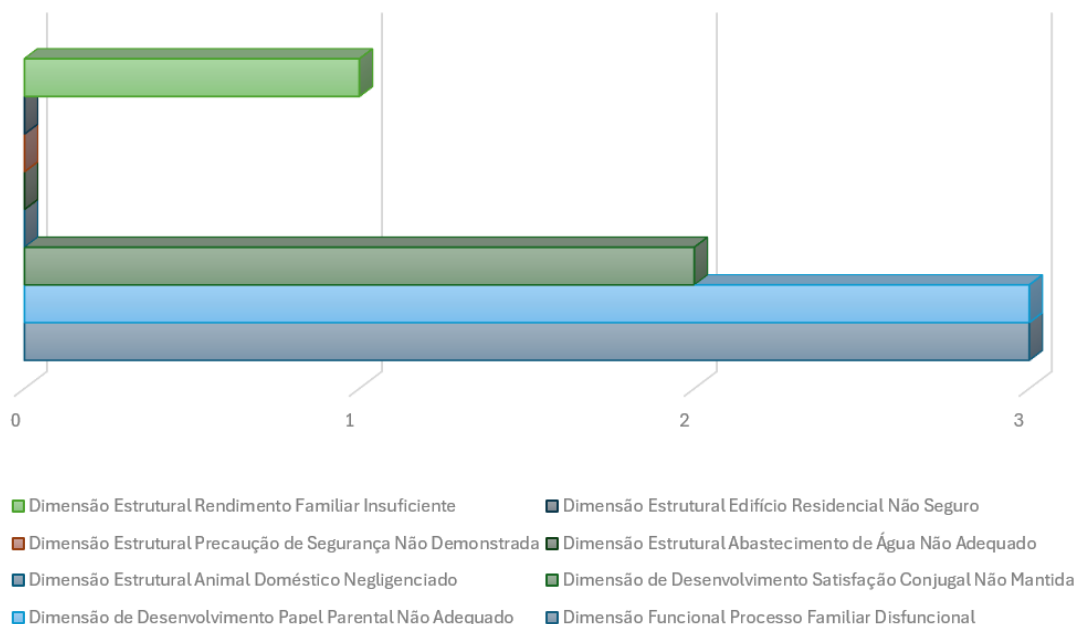


Gráfico 2: Diagnósticos de Enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias avaliadas.

Torna-se evidente que na dimensão estrutural foi apenas identificado um diagnóstico que requer intervenção. Porém, na dimensão de desenvolvimento no que concerne à Satisfação conjugal foi

atribuído o juízo de não mantida em duas das famílias e sobre o Papel Parental foram elencados diagnósticos em três famílias, o mesmo ocorreu com a área do Processo familiar, da dimensão funcional.

Dadas as necessidades encontradas, foi essencial intervir. O Gráfico 3 representa as intervenções efetuadas, de acordo com o MDAIF.

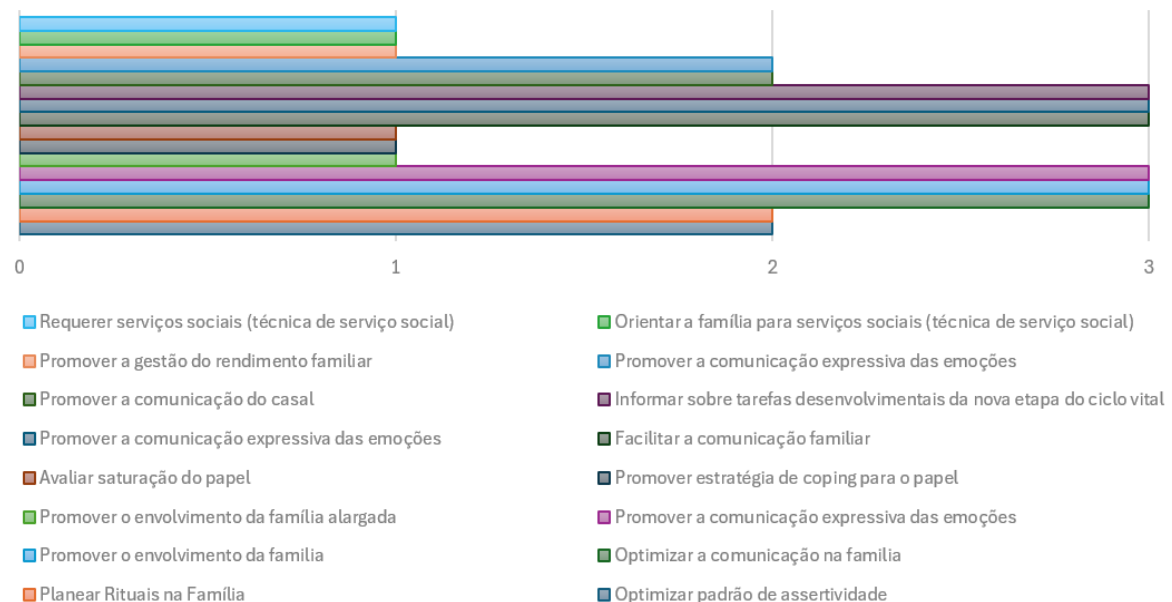


Gráfico 3: Intervenções realizadas no âmbito da ESF por número total de famílias.

As intervenções realizadas, para o diagnóstico de Rendimento Insuficiente, requerer serviços sociais (técnica de serviço social), orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) e promover a gestão do rendimento familiar, surgiram associadas a uma família (25,0%). Por sua vez, as intervenções do foco de Satisfação Conjugal, promover a comunicação expressiva das emoções e promover a comunicação do casal ocorreram em duas famílias de acordo com os diagnósticos identificados (50,0%). No que concerne o Papel Parental, interveio-se de modo a informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital, promover a comunicação expressiva das emoções e a facilitar a comunicação familiar em três famílias (75,0%). Numa dessas três (25,0%) houve a necessidade de intervir perante a Saturação de Papel. Por este motivo, surgiram ainda as seguintes intervenções, avaliar a saturação do papel, promover estratégia de coping para o papel e promover o envolvimento da família alargada. O processo familiar disfuncional foi trabalho em três das quatro famílias (75,0%) através de intervenções como promover a comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família e otimizar a comunicação na família. Planear Rituais na Família

e otimizar padrão de assertividade foram intervenções consideradas necessárias em duas das famílias (50%).

Considerando as diferentes intervenções, surgiu identicamente a necessidade de explorar as atividades que concretizaram essas intervenções. O Gráfico 4 enaltece as mesmas.

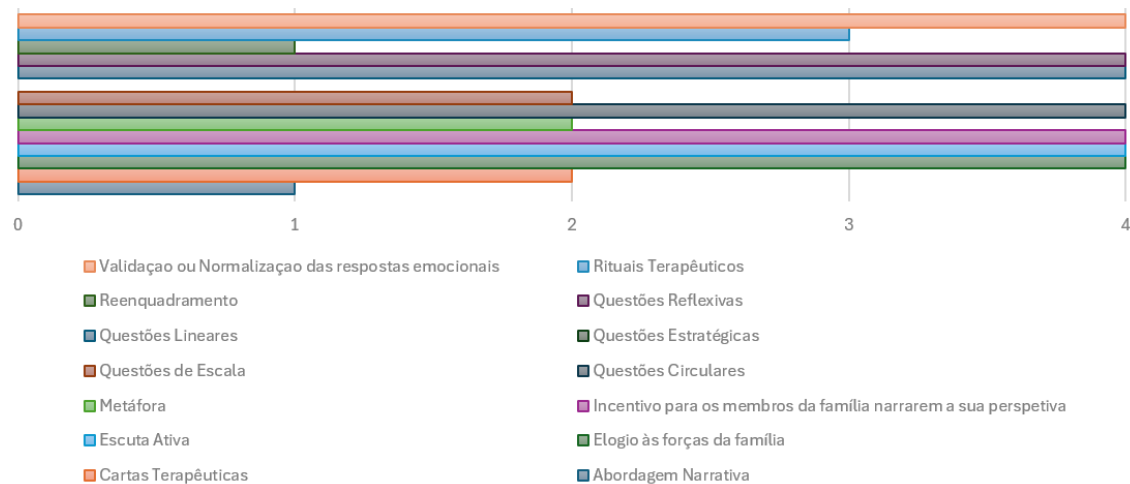


Gráfico 4: Atividades realizadas no âmbito da ESF por número total de famílias.

De acordo com os dados revelados no Gráfico 4, as atividades que foram utilizadas nas quatro famílias (100,0%) foram validação ou normalização das respostas emocionais, questões reflexivas, questões lineares, questões circulares, incentivo para os membros da família narrarem a sua perspetiva, escuta ativa e elogios às forças da família. Os rituais terapêuticos foram utilizados em três famílias (75,0%). Em metade das famílias (50,0%) recorreu-se às questões de escala, metáfora e cartas terapêuticas. O reenquadramento e a abordagem narrativa foram utilizadas num quarto das famílias (25,0%).

A família é também as suas partes. Deste modo, é importante demonstrar graficamente os diagnósticos de Enfermagem identificados de modo individual (Gráfico 5).

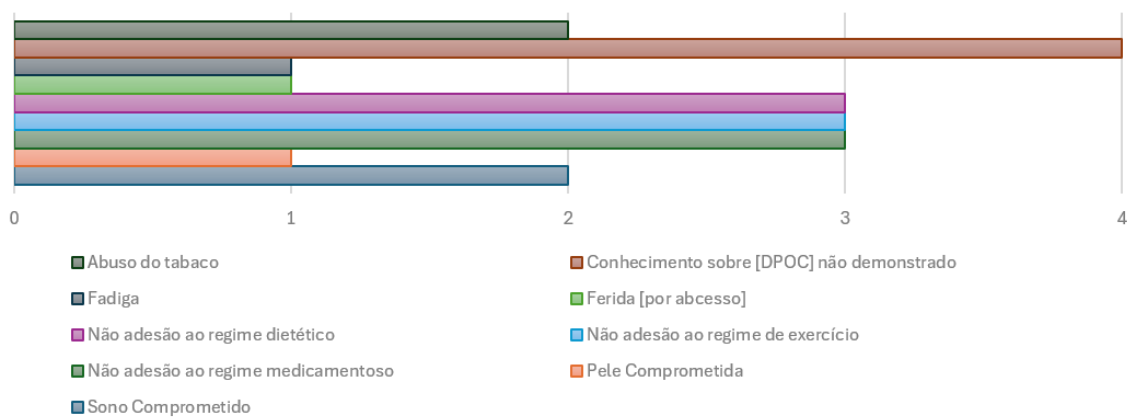


Gráfico 5: Diagnósticos de Enfermagem identificados de modo individual.

A partir da análise do gráfico é perceptível que o abuso do tabaco está presente em dois elementos das famílias, tal como o sono comprometido. Todos os membros com DPOC tinham um conhecimento parco sobre a patologia. Por sua vez a fadiga era uma realidade de um elemento. De modo singular, surgem também os diagnósticos de Ferida [por abscesso] e de Pele comprometida. A não adesão aos diferentes regimes está presente em três membros das diferentes famílias independentemente de apresentarem ou não DPOC.

O gráfico que se segue, (Gráfico 6) evidencia as intervenções realizadas perante os diagnósticos de Enfermagem identificados dos membros das famílias.

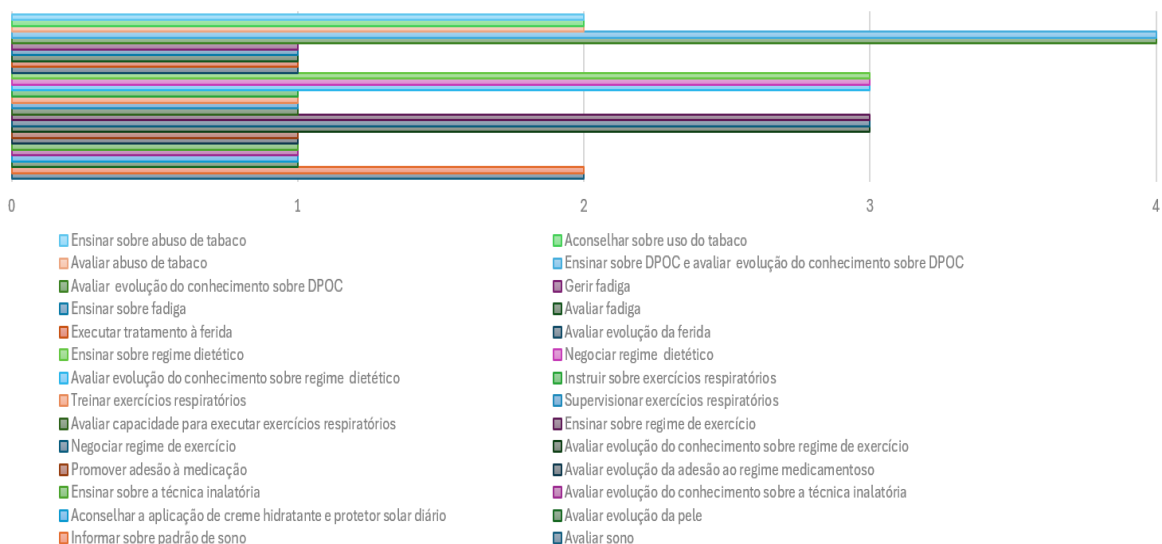


Gráfico 6: Intervenções realizadas no âmbito dos processos de Enfermagem individuais.

As intervenções apresentadas no âmbito do conhecimento passaram pela ação de ensinar a quatro elementos (4), já as que dizem respeito à capacidade consistiram nas ações de instruir, treinar e supervisionar somente a um elemento (1). Também foram prescritas ações de gestão (1), promoção (1) e negociação (3). Além disso, também se procurou capacitar os clientes para

tomarem as suas decisões, por meio de aconselhamento (2). No que diz respeito às tarefas técnicas surgiu a ação de executar (1). Tornou-se imprescindível ter ações de avaliação da evolução dos diferentes focos no total de diagnósticos elencados, para se perceber o impacto das mesmas e adequar as intervenções em caso de necessidade.

As atividades dos diagnósticos dos membros das famílias encontram-se apenas detalhadas nos processos de Enfermagem pela enorme diversidade das mesmas.

As evidências gráficas contribuem para uma melhor percepção dos processos de Enfermagem realizados pela ESF nas quatro famílias. Estes permitiram uma grande melhoria nas áreas abordadas quer no sistema familiar, quer nos seus elementos, como redigido neste documento. A análise permitiu ainda inferir da necessidade de continuidade de cuidados para que os ganhos em saúde sejam mais visíveis e significativos.

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

As competências específicas do EEECESF para além de englobarem o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros nas suas etapas de vida atuando nos diferentes níveis de prevenção como evidenciado nos capítulos anteriores, englobam também a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

A segunda competência incluiu a coordenação com outras equipas de saúde, como a equipa médica, para encaminhar as famílias para áreas diferenciadas, melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, promovendo, assim também, a continuidade dos cuidados familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2018). É ainda expectável que o EEECESF recorra às tecnologias e SI para potenciar os resultados na ESF e aumentar o conhecimento nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Lima & Barbosa, 2019). Posto isto, o presente subcapítulo irá detalhar as atividades relacionadas com a competência mencionada, que visam a articulação com equipas de saúde e a gestão do sistema de cuidados de Saúde familiar.

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

As equipas multidisciplinares na área da saúde, como as constituintes das USF desempenham um papel fundamental devido a inúmeros motivos como o atendimento integral ao cliente, a diversidade de habilidades e conhecimentos, a melhoria na comunicação e coordenação bem como solução de situações complexas de saúde (Gomes et. al., 2021). De facto, facilita-se a resolução abrangente de problemas, obtendo melhores resultados e satisfação do cliente (Gomes et. al., 2021).

De modo que os cuidados sejam prestados com completude importa que os EEECESF para além de apresentarem uma visão global da família como cliente, procurem garantir a ligação e colaboração entre as diferentes áreas profissionais, através da referenciação para outros serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estes podem coordenar e facilitar a comunicação entre as mesmas, assegurando que os cuidados prestados sejam contínuos e abrangentes para as famílias (Schlunegger et al., 2022).

Efetivamente, durante os estágios profissionais Módulo I e Módulo II, focados na prestação de cuidados a famílias que integram membro com DPOC, houve uma abordagem multidisciplinar.

As consultas de ESF a famílias que integram membro com DPOC foram realizadas, registando avaliações e intervenções no SClínico-CSP® com visualização e partilha dos registos pelas diferentes equipas. Assim, deu-se uma compreensão amplificada das famílias o que facilitou a colaboração interdisciplinar e a discussão das necessidades familiares. Adicionalmente, foi feito um alerta e solicitada a participação da Assistente Social da USF para fornecer apoio a uma das famílias que vive dificuldades económicas. Sabe-se que há uma noção crescente do impacto negativo que as necessidades sociais não atendidas podem ter na saúde das famílias (Ruth & Marshal, 2017). Profissionais qualificados são essenciais para essa intervenção (Guadalupe et al., 2020). O serviço social nos cuidados de saúde primários carece de reconhecimento e de uma melhor distribuição nas unidades de saúde (Bywaters & Napier, 2009; Branco & Farçadas, 2012).

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

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm impulsionado uma mudança de paradigma, valorizando a informação, o conhecimento e a globalização, conforme destacado por Vieira (2018). Os sistemas de informação desempenham um papel crucial na organização e estruturação dos dados de saúde, garantindo a segurança das informações confidenciais e facilitando a comunicação entre os profissionais, o que contribui para a melhoria da continuidade e qualidade dos cuidados (Nascimento et al., 2021).

Na Enfermagem, a importância da informação é enfatizada (Marin, 2010), e o aumento do uso dos sistemas de informação na profissão visa obter dados para calcular indicadores que espelhem a quantidade e qualidade dos cuidados de Enfermagem influenciando decisões políticas e a gestão da saúde (Nascimento et al., 2021). Os registos de Enfermagem são fundamentais, pois são testemunhos escritos da prática profissional dos enfermeiros, refletindo o raciocínio crítico e apoiando a tomada de decisões sobre os cuidados planeados (Li et al., 2019). Assim, as TIC na saúde desempenham um papel essencial na implementação segura das ações, reduzindo a probabilidade de erros (Chaves & de Miranda, 2023).

O SI em Saúde designado por SClínico, como anteriormente mencionado foi desenvolvido pelos SPMS, surgiu tanto em contexto de CSP como em contexto hospitalar com o intuito de criar uma aplicação comum para os provedores de saúde. Esta iniciativa fez parte da estratégia do Ministério da Saúde para padronizar os registos clínicos, assegurando a consistência das informações de saúde em todo o país (Ministério da Saúde, 2023b). O SClínico introduziu uma arquitetura de suporte à tomada de decisão com base no conhecimento disciplinar de Enfermagem, desde a atividade diagnóstica até à proposta de intervenções com integridade referencial (Vieira, 2018). O SClínico-CSP®, específico dos CSP, integra vários programas como o Programa de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2023b). Este foi utilizado durante a prestação de cuidados às famílias para fazer o registo dos dados avaliativos das mesmas. Contudo, identificou-se um desafio, uma vez que uma parte significativa dos agregados familiares e outros dados ou se encontravam desatualizados ou não existiam. Deste modo, houve alguns diálogos sobre a temática com a equipa de Enfermagem e com os secretários clínicos, evidenciando exemplos específicos identificados no SClínico-CSP® e incentivando a atualização dos dados. Sabe-se que o conhecimento das famílias de modo consistente e exato é mais do que necessário

para que os cuidados prestados sejam adequados e significativos para as famílias (Laukka et al., 2023).

As mudanças tecnológicas nos CSP coincidiram com reformas que destacaram a importância da gestão da cultura organizacional, mostrando o impacto no desempenho das organizações de saúde (Leone et al., 2014 cit. por Basílio, 2022). A cultura organizacional atua como um guia para as atividades da organização, influenciando como a mesma cumpre a sua missão (Raposo, 2020). Neste sentido, as unidades funcionais, como as USF, devem adotar um modelo organizacional de aprimoramento contínuo, baseado numa cultura de liderança clínica e de saúde (Basílio, 2022). Isso resultará na certificação das unidades de saúde, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde (ACSS, IP, 2022). As USF modelo A e modelo B têm diferenças na autonomia, sistemas de recompensa e financiamento. Enquanto as USF modelo A focam na contratualização interna, as modelo B, como a USF P, têm uma organização mais avançada, estabelecendo contratos e critérios de desempenho rigorosos, além de oferecerem incentivos financeiros aos profissionais (ACSS, IP, 2022).

Os profissionais de saúde, especificamente os EEECESF, para além de possuírem conhecimentos em TIC e em gestão organizacional dos CSP, devem também fazer uso das melhores evidências científicas disponíveis para que a sua liderança e colaboração nos processos de intervenção na ESF sejam sustentados por uma base sólida de conhecimento (Sousa et al., 2018). O EEECESF deve demonstrar habilidades de investigação que criem não só novos conhecimentos disciplinares mas também estratégias inovadoras que promovam a tomada de decisão no processo de avaliação e intervenção familiar de modo significativo. (ESEP, s/d). Efetivamente, a prática baseada na evidência (PBE) representa uma maneira de resolver desafios derivados da prática clínica, envolvendo a integração da melhor evidência disponível com a prática clínica, preferências e valores individuais (Sousa et al., 2018). A conceção desse método, especialmente na Enfermagem, teve origem no final do século passado, originando múltiplas formas de revisão da literatura, como revisões integrativas, revisões abrangentes, revisões sistemáticas, meta-análises e metassínteses (Sousa et al., 2018). Em adição, é fundamental promover o desenvolvimento da tomada de decisão na educação dos enfermeiros, incentivando a aplicação prática de seu conhecimento (Peixoto et. al., 2016).

Posto isto, a premissa da PBE alinhada com os objetivos do MECESF, particularmente em relação à capacidade de conduzir pesquisas que resultem em novos conhecimentos dentro da disciplina, conduziram ao início do desenvolvimento de uma Scoping Review (SR) e ao registo do protocolo

da mesma que tem como título: Contributo das aplicações móveis para a formação e desenvolvimento de competências– protocolo de Scoping Review, efetivado na Open Science Framework (OSF) registado com o Digital Object Identifier (DOI) <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/N67ZX> a 15 de janeiro de 2024. Esta SR surge pela necessidade de conhecer e condensar as evidências relacionadas aos contributos à intervenção do enfermeiro de família através de aplicações móveis bem como perceber lacunas neste campo de pesquisa. Posteriormente, pretende-se que este protocolo seja utilizado como fundamento para uma revisão sistemática futura (Munn et al. 2018). A metodologia utilizada é a proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Construi-se a questão de revisão: Qual o contributo das aplicações móveis para a formação/aprendizagem ou para as práticas/desenvolvimento de competências dos enfermeiros? Segundo Apóstolo (2017), a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) é fulcral para a organização da seleção dos estudos, extração de dados e esclarecimento do seu significado, sendo a partir da mesma que se designaram os critérios de inclusão e de exclusão. O objetivo é, mapear a evidência científica sobre as aplicações móveis para a formação/aprendizagem ou para as práticas/desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Esta SR procurou fornecer suporte à fundamentação das práticas em desenvolvimento, neste caso um aplicativo móvel, *FamiliApp*. De facto, encontrar múltiplas evidências que salientam que os avanços tecnológicos têm sido fundamentais na saúde, impulsionando a modernização e melhorando a qualidade dos serviços (Matos & Nunes, 2018; Moreira, 2016). A OMS destaca o uso da tecnologia digital na melhoria dos cuidados de saúde uma vez que as aplicações móveis têm potencial para fortalecer o processo de Enfermagem e beneficiar famílias e comunidades (Delphino, 2016) sem comprometer a qualidade (Oliveira et al., 2016). A pesquisa mostrou ainda que os enfermeiros estão recetivos ao uso de tecnologias digitais para facilitar o processo de cuidado (Silva et al., 2018) e que reconhecem as vantagens (Lima & Barbosa, 2019). Os resultados desta SR, ou seja, a clareza dos contributos das aplicações móveis para as práticas dos enfermeiros reforça a volição do desenvolvimento de uma aplicação móvel que permita utilizar o MDAIF, criando mais ganhos em saúde para as famílias residentes em Portugal.

De modo, a compreender se os resultados das evidências eram partilhados pelos enfermeiros da USF P estes receberam e responderam a um formulário criado através do Google Forms que permitiu identificar as diferentes perspetivas perante as aplicações móveis e a ESF, realizando-se, assim um Diagnóstico das necessidades de Formação Profissional (Anexo VII).

Os resultados mostram que a família é entendida na generalidade como um grupo de indivíduos ligados por laços afetivos ou de parentesco, embora haja variações nas definições apresentadas. Os enfermeiros participantes afirmam que a Saúde familiar abrange o bem-estar físico, mental e social de toda a família como um todo, havendo também diferentes interpretações dessa definição. Por sua vez, os cuidados de Enfermagem à família envolvem cuidados prestados aos membros da família visando a promoção da saúde. Quatro enfermeiros (66,7%) consideram-se competente (nota 8) ao abordar a família como cliente. Cinco enfermeiros (83,3%) conhecem e tiveram formação sobre o MDAIF. A totalidade da amostra não utiliza aplicações móveis na prática profissional, embora três enfermeiros (50,0%) se considerem competente (nota 7) na utilização dessas ferramentas e cinco (83,3%) revelem ser útil a utilização de aplicações móveis na sua prática profissional. Todos os seis (100%) consideram útil ter formação sobre aplicações móveis de saúde, com o objetivo esperado de aumentar o conhecimento e a capacidade de utilização dessa ferramenta.

Considerando as informações referidas, elaborou-se um plano de sessão (Anexo VIII), cujos destinatários foram os enfermeiros presentes da USF. A sessão de formação denomina-se de “*FamiliApp* - Um caminho para a saúde digital” e ocorreu posteriormente, em formação com a área de “Formação Profissional” no Índice de Desempenho Setorial do Índice de Desempenho Global (ACSS, IP, 2023). Também se visualizou a versão teste da *FamiliApp* e foi desenvolvido um inquérito de avaliação da apresentação e da aplicação (Anexo IX). Na etapa seguinte, a avaliação, os questionários evidenciaram que a três dos participantes concordam (37,5%) e que cinco (62,5%) concordam totalmente com o princípio de que o uso da aplicação móvel *FamiliApp* facilita o desenvolvimento da prática profissional bem como que mais conteúdos podem ser agregados à aplicação e ainda consideraram a sessão como totalmente útil. Todos os participantes, oito enfermeiros (100%), afirmam que utilizariam essa aplicação.

Deste modo, a viabilidade da App é sustentada. O objetivo principal deste aplicativo é colaborar nos processos de intervenção na área da ESF. Já os objetivos específicos, neste contexto, consistem em dotar a equipa de competências para prestarem cuidados às famílias que integram membro com DPOC, neste caso concreto, reconhecendo as mesmas enquanto entidades sistémicas, alvo dos cuidados; identificar o conceito e domínios mais sensíveis do MDAIF nestas famílias; identificar fatores que pudessem contribuir para a adequação dos indicadores. Ainda, aumentar a autoperceção de competências para a prestação de cuidados de saúde das famílias que integram membro com DPOC; reconhecer e utilizar as ferramentas para identificação e

registo dos dados sobre a família; reconhecer as vantagens da identificação e registo dos dados sobre a família; definir estratégias no sentido de facilitar a adesão às consultas das famílias que integram membro com DPOC.

A aplicação designada por *FamiliaApp* permite considerar as particularidades das famílias, neste caso concreto das famílias que integram membro com DPOC. Os enfermeiros utilizadores devem criar a sua conta e posteriormente criar perfis familiares que englobam diferentes ferramentas de avaliação. A aplicação é sustentada na matriz operativa do MDAIF. Na dimensão estrutural, terá criação de genogramas e ecomapas na dimensão funcional o preenchimento da Escala de FACES entre outras. Em seguida, realizada a análise inicial tendo por base critérios de diagnóstico previamente estabelecidos, serão propostas possíveis hipóteses de diagnóstico e recomendações de intervenções. A confidencialidade dos dados também é assegurada na aplicação, utilizar-se-á um número para identificar as famílias e uma ou duas letras do alfabeto para identificar os membros das famílias. A aplicação terá um limite para o número de famílias que podem ser geridas ao mesmo tempo e permitirá que o utilizador exporte todo o registo de uma família em formato PDF ao removê-la da aplicação. Atualmente, o protótipo apresenta o processo de Enfermagem que diz respeito à dimensão estrutural completa, estando as restantes dimensões em construção. A criação do FamiliaApp pretende ser mais um momento de avanço no caminho da melhoria contínua e na fusão necessária entre a saúde e a tecnologia.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O objetivo deste capítulo foi descrever e realizar uma análise crítica das experiências vivenciadas durante as Unidades Curriculares (UCs) de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II. Deste modo, pretende-se realçar as aprendizagens adquiridas a partir dessas experiências, levando em consideração o perfil de competências específicas do EEECESF conforme detalhado no Regulamento nº 428/2018 e o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, conforme apresentado no Regulamento nº 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). Este quarto capítulo resume as contribuições das atividades realizadas, sendo exemplificadas para uma melhor compreensão.

Ao longo do período em que decorreram as atividades clínicas, foi possível conhecer os CSP e perceber o enorme valor que estes acrescentam à saúde em Portugal. Conforme referido por Santo (2023) tornou-se indiscutível que os recursos humanos, nomeadamente, os enfermeiros, são a força motriz das USF (Santo, 2023). Em consonância com Rocha dos Santos et. al. (2016), considerou-se, ainda, que as equipas unidas e motivadas disponibilizam uma entrega de serviços de saúde de elevada qualidade.

De forma a manter o nível de excelência perante as dinâmicas familiares, os enfermeiros devem procurar especializar-se o que requer autoconsciência e reconhecimento da própria influência na interação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Veja-se por exemplo, a Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar (PGESF), realizada nos anos de 2020 e 2021 (Anexo X). Este ciclo de estudos foi essencial para iniciar o processo de maturação e fazer a transição profissional de ver e viver o sistema familiar e não apenas o indivíduo, ou seja, encarar a família como cliente e não como contexto. Deste modo, a perspetiva sistémica foi criando raízes sólidas enquanto enfermeira o que permitiu uma abordagem cada vez mais completa à complexa rede de ligações e padrões comportamentais, em que cada parte desempenha um papel crucial na coesão geral familiar.

Torna-se relevante salientar que foi a partir da PGESF que emergiram diversas possibilidades para desenvolver e disseminar investigação científica. Efetivamente, a publicação científica quer de livros quer de artigos continua a ser essencial para consolidar e difundir conhecimentos especializados, oferecendo compilações abrangentes de pesquisas e teorias (Rosa et. al., 2018). Além de serem fontes valiosas para especialistas, essas publicações estimulam o diálogo científico e validam a credibilidade dos autores, sendo parte integrante do currículo académico e contribuem para o registo histórico de descobertas científicas (Spinak, 2018). Deste modo, juntamente com a Enfermeira Joana Pinho, elaborou-se um capítulo que integra o livro coordenado pela Professora Maria Henriqueta Figueiredo denominado por *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudos de Caso*. A obra foi criada para atender às necessidades identificadas por estudantes em programas de PGESF e por enfermeiros especializados em ESF, procura impulsionar o desenvolvimento de competências no cuidado à família como uma entidade plural. Por sua vez, a publicação do artigo *Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados* em 2022 na Revista de Investigação e Inovação em Saúde pretendeu também evidenciar a permeabilidade do MDAIF aos diferentes contextos de saúde e realçar a importância da família. Ainda foi elaborada uma SR no âmbito da PGESF que teve como objetivo mapear a evidência científica sobre os focos de atenção do enfermeiro na adaptação à gravidez do casal após *Fertilização in Vitro* que foi apresentada no XV Encontro do Dia Internacional da Família – Famílias e mudanças demográficas promovida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em 2023 (Anexo XI).

De acordo com Neto et. al. (2022), diversos estudos em ESF demonstram que os profissionais de saúde frequentam eventos científicos para aprimorar suas habilidades técnicas e científicas, interagir com outros profissionais e estabelecer parcerias, além de compartilhar suas próprias pesquisas. Posto isto, participou-se: a 26/06/2021 enquanto autora de comunicação oral no “Congresso Internacional A Família no Epicentro da Pandemia” da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo XII); e de 21/10/2021 a 23/10/2021 enquanto autora de comunicação oral no “Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade” da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF) (Anexo XIII).

As contribuições mencionadas não só impulsionaram a ESF, mas também estimularam o interesse na área, despoletando o desejo de ser EEECESF. Esta ambição cresceu em 2021

aquando do contacto como membro com a Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF) (Anexo XIV) .

A SPESF é uma associação científica dedicada à promoção da saúde familiar (SPESF, 2024), cujos esforços para o desenvolvimento de competências foram e continuam a ser consideráveis, uma vez que procuram vincar na sociedade atual a importância do enfermeiro de família. A discussão e colaboração com colegas simplificou a construção de uma visão abrangente da ESF, abordando os diversos níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A SPESF é composta por várias comissões, com destaque para a Comissão de Educação e Formação, que oferece a oportunidade de combinar o interesse em cuidar de famílias com o valor atribuído à formação. Importa também destacar a Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF, pois surgiu o convite para integrar a mesma e desenvolver o projeto *EnF.amilia* (Anexo XV). Este apresenta como propósito fortalecer as capacidades das famílias na regência dos seus processos de vida, alinhado com a missão da sociedade. Ademais, fornece informações sobre as habilidades do EECSF e sobre as áreas de atuação do enfermeiro de família, além de reconhecer as necessidades das famílias residentes em Portugal que utilizam o SNS (SPESF, 2024). Estas informações estão disponíveis através das redes sociais: Instagram e Facebook. Efetivamente, o Instagram em conjunto com o Facebook são das plataformas digitais de maior destaque na atualidade, em termos de sua popularidade e modalidade de interatividade social, tratando-se de um ambiente de pesquisa que permite a discussão (Aprobato, 2018). A participação neste grupo de trabalho ocorre como membro da equipa responsável pela criação e publicação de conteúdos. O material gerado pelo grupo está disponível em @enf.amilia, <https://www.instagram.com/enf.amilia/>) bem como na plataforma Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100084132313342>). O envolvimento nas diferentes vertentes da SPESF estabelece uma relação direta com as atividades realizadas durante os estágios que foram essenciais para o desenvolvimento de competências.

Por sua vez, o pináculo da formação ocorreu aquando do início do MECESF. Este curso está alinhado com sua missão estatutária e enfatiza a integração de pesquisa, ensino e atendimento às necessidades de saúde das famílias, seguindo o plano formativo da OE e aderindo às diretrizes internacionais e nacionais para o desenvolvimento da ESF (ESEP, s/d). O primeiro semestre foi caracterizado pelo desenvolvimento de habilidades em pesquisa, gestão e garantia da qualidade, que são essenciais para um enfermeiro especialista.

O curso visa também orientar o desenvolvimento de habilidades avançadas, com ênfase no cuidado clínico à família em todas as fases da vida e em diferentes níveis de prevenção, reconhecendo a importância dos cuidados de Enfermagem para a Saúde Familiar (ESEP, s/d). Deste modo, enaltecem-se as participações em eventos científicos, nomeadamente: a 26/01/23, no Seminário "*Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida*" organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo XVI), de 08/05/2023 a 12/05/2023 enquanto formanda (Anexo XVII) e autora de póster (ANEXO XVIII) no *NursID Spring School 2023*, evento desenvolvido pelo Grupo de Investigação *NursID - Innovation & Development in Nursing* em colaboração com o *CINTESIS* ; a de 26/10/2023 a 28/10/2023 enquanto preletora de workshop "Abordagem narrativa – praticar a “realidade alternativa”- no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” da SPESF na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores (Anexo XIX). Deu-se, ainda, a integração na Comissão Organizadora do “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” (Anexo XX). A participação em eventos científicos surgiu como uma forma de reconhecimento por habilidades relevantes para funções na área da ESF. Além disso, validou as conceções teóricas e operacionais adotadas, já que qualquer comunicação científica é sujeita a uma avaliação por pares antes, durante e após a apresentação (Batista & Farias, 2020).

No início do ano de 2023 conclui-se o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores para aquisição do Certificado de Competências Pedagógicas o CCP (Anexo XXI). O curso permitiu um desenvolvimento considerável de competências formativas essenciais ao EEECESF, tais como capacidade de comunicação em público e a capacidade de organização. A formação adquirida simplificou o papel de facilitador da aprendizagem, promovendo uma cultura organizacional de desenvolvimento educacional (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019).

No segundo e terceiro semestre do MEECESF desenvolveram-se dois estágios de natureza profissional nos quais se contactou diretamente com diferentes famílias. As famílias e as suas realidades impactantes conduziram a um enorme desenvolvimento profissional que edificou uma nova vertente de EEECESF, a prática. As competências necessárias para cuidados especializados em ESF estão interligadas com uma compreensão dos fundamentos teóricos da Enfermagem. A utilização e integração de saberes provenientes das teorias das ciências comportamentais e sociais, da terapia familiar, e das teorias de Enfermagem, como a TGS, a teoria dos sistemas familiares, a teoria das transições e os modelos teóricos como o MDAIF foram

essenciais para o processo de tomada de decisão de modo consciente, sustentando a PBE. Em adição, esses fundamentos permitem o desenvolvimento do pensamento crítico ao prestar cuidados às famílias em diferentes níveis de prevenção.

De facto, é importante integrar princípios éticos e deontológicos para garantir que os cuidados de Enfermagem sejam prestados de forma cientificamente sólida, tecnicamente competente e humanamente compassiva. Veja-se por exemplo, os ganhos em saúde alcançados na família 3, especialmente no que diz respeito à vivência da homossexualidade de R. Trata-se de um assunto extremamente pessoal para a família. O facto dos elementos da família se predisporem a abordar esta temática revela não só a eficácia do *setting* terapêutico como também transparece a confiança e segurança depositada no profissional de saúde. A relação terapêutica foi sendo estabelecida de modo gradual. A percepção e compreensão das particularidades de cada elemento e de cada família, com base na dignidade e no respeito aprimorou não só a sensibilidade e a adaptabilidade, mas também a empatia, capacidades tão necessárias ao quotidiano dos enfermeiros. Salienta-se também, a percepção dos membros das famílias do sigilo e da confidencialidade nas consultas de ESF.

As intervenções utilizadas facilitaram uma vivência familiar mais saudável. Efetivamente, as consultas de ESF e as técnicas utilizadas como a abordagem narrativa permitiram ao casal compreender que o R é a mesma pessoa, isto é, mantém as suas características individuais e que não é um filho diferente por ser homossexual. Além disso, a adequação do papel parental e a funcionalidade do processo familiar foi sendo atingida pela compreensão do impacto que os sentimentos têm uns nos outros. A família nomeadamente os pais, Senhora C e Senhor J, atualmente conseguem abordar o assunto sabendo que as mudanças devem ser experienciadas com um processo, isto é, implicam tempo para uma reestruturação de ideias e expectativas. O mesmo casal diminui o sentimento de culpa e aumentou a aceitação em relação à decisão de afastamento por parte dos filhos biológicos através da realização da técnica de cartas terapêuticas. Todos os progressos da família, como estes, foram intensamente elogiados.

Outra competência adquirida que transcendeu o âmbito teórico e se traduziu em melhorias na saúde foi a capacidade de relacionar situações clínicas complexas com respostas adequadas às necessidades familiares, o que incluiu implementar e avaliar intervenções de Enfermagem que tenham a família como cliente principal. Para isso, foi necessário executar entrevistas familiares usando instrumentos de avaliação e aplicando técnicas de intervenção ativa e interativa. Efetivamente, a família 4 permitiu aprofundar a prática de Enfermagem perante eventos

situacionais, como a morte e luto na família e a violência doméstica. A entrevista familiar sistémica e escuta ativa foram fundamentais para compreender o impacto dessas vivências nesta família bem como as repercussões destas nos diferentes membros da família, adequando os cuidados prestados ao longo do processo de Enfermagem. Outra técnica de interação utilizada foi a metáfora que permitiu clarificar a identificação de problemas familiares, como a redefinição não demonstrada da relação com o filho enquanto adulto e a saturação do papel parental. Deste modo, foi possível facilitar a perceção das soluções aos problemas utilizando os recursos próprios da família para que Senhora A experiencie a parentalidade de uma maneira mais saudável. Este sistema familiar também permitiu adquirir conhecimento sobre o modo de colaborar com os assistentes sociais, isto é, entender quais os passos que o enfermeiro deve seguir para solicitar apoio dessa área quando necessário para o bem-estar e saúde da família e de seus membros. Na realidade, observou-se que a família 4 enfrentava dificuldades económicas, especialmente na aquisição de medicamentos.

Em cada dia de estágio, procurou-se desenvolver competências para que o papel do enfermeiro fosse um fator facilitador nas famílias ao providenciar cuidados de Enfermagem especializados. Isso envolveu não apenas identificar diagnósticos de Enfermagem no contexto familiar, mas também avaliar dados relevantes para a tomada de decisão de Enfermagem. A avaliação de dados no âmbito da comunicação quer do sistema conjugal quer do sistema familiar constituíram um desafio muito presente nas diferentes famílias. De facto, deu-se um desenvolvimento no conhecimento sobre comunicação. A investigação incluiu desde os estilos de comunicação até à expressão de emoções. Tome-se como por exemplo, a família 2. A díade conjugal deste sistema aumentou a satisfação perante o seu padrão comunicacional com atividades como estimular o elogio. O ato de elogiar permitiu aos elementos do casal expressar as qualidades do outro bem como validar sentimentos e promover emoções positivas no relacionamento. Por outro lado, os indivíduos que integram a família 1 foram capazes de expressar o seu descontentamento em relação à comunicação experimentada perante o outro e de transformar progressivamente os seus diálogos, uma vez que obtiveram informação sobre os estilos de comunicação, refletiram sobre os mesmos e ainda foram apresentadas sugestões de expressões para diferentes situações que ambos começaram a utilizar.

O processo de Enfermagem engloba o registo de todas as etapas do mesmo. Assim, ocorreu um aprimoramento das habilidades na formalização da monitorização e na avaliação das respostas familiares que foi realizada no SClínico-CSP. Contudo, o reconhecimento das limitações do

sistema em documentar dados detalhados sobre avaliação e intervenção familiar foi uma realidade sentida, pois o SClínico-CSP® tem critérios de diagnóstico relacionados ao Programa Saúde da Família que são insuficientes. De modo a ultrapassar esta adversidade optou-se também por registar o processo de Enfermagem das diferentes famílias num documento que permite a completude desejada (Anexo II) e, ainda, por salientar a imperiosidade de uma reformulação do SI e uma contratualização de indicadores de desempenho mais sensíveis à prática do enfermeiro de família.

Com base em tudo o que foi explicado, a ampliação das habilidades ao longo do desenvolvimento das UCs resultou na geração de novos e bem fundamentados contributos, aprimorando tanto as capacidades de comunicação verbal quanto escrita. Isso, por sua vez, contribuiu para a realização de cuidados de ESF específicos e dinâmicos, o que facilitou a resposta das famílias durante momentos de transição familiar e, como resultado, promoveu a saúde familiar. A própria análise crítica presente no capítulo e no relatório contribuiu para o crescimento pessoal, ajudando assim na transição de enfermeiro de cuidados gerais para um EEECESF.

CONCLUSÃO

As unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II conduziram ao desenvolvimento das competências de EEECESF através da implementação de atividades direcionadas aos objetivos estabelecidos.

No que diz respeito à prestação de cuidados foi a caracterização do contexto que levou à identificação da prevalência de famílias em que um dos elementos tem como diagnóstico DPOC na lista do enfermeiro tutor. De modo a agir perante esta situação a USF P apresentava um PAI relacionado com a vigilância da DPOC. Posto isto, quatro famílias que integram membro com DPOC foram alvo de prestação de cuidados. Os ganhos em saúde foram transversais aos diferentes sistemas, salientando-se o impacto positivo na promoção da comunicação e no envolvimento familiar. As famílias apresentaram necessidades semelhantes que incluíam a vivência do papel parental e o processo familiar. A satisfação conjugal também foi igualmente abordada. Todas as intervenções foram planeadas para capacitar as famílias de acordo com as suas necessidades e forças. As atividades preconizadas tiveram por base técnicas sistêmicas como a metáfora e a abordagem narrativa, com o intuito major de melhorar a saúde familiar. Os membros da família também foram alvo de cuidados com intervenções que visavam maioritariamente a autogestão do regime terapêutico e que foram aumentando, por consequência a satisfação familiar.

Neste desenvolvimento de competências, explorou-se e utilizou-se uma abordagem sistémica, teorias e modelos para guiar a prestação de cuidados à família como o MDAIF. Por sua vez, a abordagem ao membro da família foi realizada seguindo a Teoria das Transições. Tornou-se possível ressaltar a importância de entrelaçar os diferentes princípios teóricos da Enfermagem e de compreender profundamente essas teorias, uma vez que foram fundamentais para justificar as intervenções de forma competente em vários níveis de prevenção, incluindo a promoção da saúde familiar.

O projeto de liderança e colaboração resultou na criação da FamiliApp, uma aplicação móvel destinada a melhorar a tomada de decisões clínicas ao cuidar de famílias que integram membro com DPOC. A FamiliApp permite criar perfis familiares nos quais são disponibilizadas avaliações do MDAIF. Com base nos critérios de diagnóstico previamente codificados, a aplicação sugere diagnósticos e intervenções, destacando a utilidade prática da matriz operativa do MDAIF. A partir da síntese da ciência, identificou-se a utilidade do aplicativo durante o seu desenvolvimento. Após confirmar a viabilidade, foi criada uma versão teste, apresentada à equipa de Enfermagem, que a considerou útil e adequada para a prestação de cuidados.

Durante todas as atividades, ficou claro que é essencial manter a PBE, destacando a habilidade de aplicar a evidência científica atual de forma personalizada para cada família. Embora as famílias enfrentassem desafios análogos, as suas particularidades e os seus contextos eram únicos, sendo a integração do conhecimento científico uma prática sistematizada. Em relação à investigação, é crucial que os enfermeiros possuam os meios indispensáveis para contribuir para a criação e aquisição de conhecimento da ciência da Enfermagem. Deste modo, é indispensável não só investir na formação contínua dos profissionais para garantir atualização e alinhamento com as mudanças na ESF mas também aliar a teoria à prática aplicando métodos de pesquisa que identifiquem as técnicas mais apropriadas em cada área e avaliar a sua eficácia. Enobrecendo a ideia de que “saber mais é cuidar melhor”.

A importância dos EEECESF deve ser reconhecida e para isso é fundamental estabelecer medidas que promovam a aprendizagem e o papel social destes profissionais, tais como reduzir o número de famílias por enfermeiro de família, visando também garantir uma dotação segura e um fortalecimento dos cuidados de saúde. Como futura EEECESF o objetivo é continuar a contribuir para o conhecimento em ESF, incluindo a publicação da SR iniciada e os resultados da aplicação móvel utilizada pelos enfermeiros de família em Portugal. Por este motivo, estão a ser ampliadas as atividades de investigação do projeto, sediado no CINTESIS, para alargar a amostra de enfermeiros e a monitorização dos resultados.

Adicionalmente, devido às habilidades desenvolvidas participa-se num projeto do qual emerge a Unidade da Família numa rede de hospitais privados. Esta visa englobar os cuidados à família quer de Enfermagem quer de Medicina Geral e Familiar. Assim, pretende-se capacitar as famílias bem como os seus membros, garantindo a continuidade dos cuidados e promovendo a saúde de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.
- Alamian, A., Paradis, G. (2012). Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth. *BMC public health*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22439966&lang=pt-pt&site=eds-live>
- Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares - uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto.
- Alarcos, A. (2023). Mais de 50% dos jovens em Portugal vive com os pais, e na Europa. *Idealista*. Recuperado de <https://www.idealista.pt/news/imobiliario/habitacao/2023/05/23/57955-mais-de-50-dos-jovens-em-portugal-vive-com-os-pais-e-na-europa>
- Amaro, F. (2001). A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- American College of Sports Medicine. (2018). Guidelines for Exercise Testing and Prescription Benefits and Risks Associate with Physical Activity.,1(1-21).
- Amezcuca, M. (2015). Diez Tesis para una Historia de la Enfermería visible. *Index Enferm* vol.24 n.4 Granada.<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201500030000>
- Andres, I. (2010). Procedimentos Para Elaboração Do Planejamento Orçamentário Doméstico e Do Controle De Gastos e Receitas Para Uma Eficiente Gestão Financeira Familiar. *Ciências Contábeis da Universidade de Caxias do Sul*.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Aprobato, V. C. (2018). Corpo digital e bem estar na rede Instagram: um estudo sobre as subjetividades e afetos na atualidade. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 38(95), 157-164. Recuperado em 07 de janeiro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA [ebook]
- Assembleia da República. (1976). Constituição da República Portuguesa, Artigo 36.º. *Diário da República* n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, Parte I, Título II, Capítulo I.
- Assembleia da República. (1979). Lei nº 56/79, 15 de setembro. *Diário da República: I série* (n.º 214/1979 de 1979-09-15). 2357-2363.
- Assembleia da República. (2010). Lei nº 9/2010, de 31 de maio. *Diário da República* n.º 105/2010, Série I de 2010-05-31, páginas 1853 - 1853.
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República, Série I*-Nº169 - 4 de setembro.

- Assembleia da República. (2019). Lei nº 90/2019, de 4 de setembro. Diário da República, Série I - Nº169 - 4 de setembro.
- Assembleia da República. (2024). Lei n.º 8/2024, de 19 janeiro. Diário da República n.º 14/2024, Série pp. 57-75.
- Barbiani, R., Dalla C., Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Latino Am Enfermagem*. 24:e2721. DOI: 10.1590/1518-8345.0880.2721
- Basílio, V. L. C. (2022). A cultura organizacional e o desempenho das unidades funcionais do ACES CENTRAL - ARS Algarve. Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Algarve. Repositório Institucional da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/19290>
- Bastos de Melo, M. (2017). DPOC:(Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) Impactos no Doente e no Cuidador familiar uma abordagem sociológica. Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em Família e Género. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.
- Batista, A., & Farias, G. (2020). Informação Científica e Tecnológica: revisão de literatura acerca da comunicação e produção. *Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 70-99. <https://orcid.org/0000-0002-5621-402X>
- Bell, Watson, & Wright. (1990). *The cutting edge of family nursing*. Canada: Family Nursing Units Publications.
- Bertalanffy, Ludwig-von (1976). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Ciudad de México: FCE.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-711. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
- Blanco, I., Diego, I., Bueno, P., Fernández, E., Casas-Maldonado, F., Esquinas, C. et. al. (2018). Geographical Distribution of COPD Prevalence in the Americas. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. ;15(4):317-325. DOI: <https://doi.org/10.2147/COPD.S150853>.
- Bowen, M. (1976). *Theory in the practice of psychotherapy*. Family therapy: Theory and practice. 4(1), 2-90.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson (Edição Digital).
- Branco, F., Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contexto, perspetivas e desafios. Em *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor, pp. 1-23.
- Brotto, Al., & Guimarães, A. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crónicas. *Psicologia Hospitalar*, 15 (1), 43-68.
- Bywaters, P., Napier, L. (2009). Revising social work's international policy statement on health: process, outcomes and implications. *Int Soc Work*. 52, 4, 447-457.
- Cabral, J. (2015). A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Agudizada Submetida a Ventilação Não Invasiva- que Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Dissertação de mestrado Mestrado em Enfermagem Área de especialização Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Lisboa.
- Calkin, J. (1990). *Escape Into A Higher Order*. Em Bell, Watson, & Wright, *The cutting Edge of Family Nursing*. Calgary: Family Nursing Unit Publications, p.1-5.
- Castells, M. (1999). *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712.

- Chaves, M., de Miranda, J. (2023). Sistemas de Informação em Saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712-e11712.
- Chu, H. H., Lee, K. S., Lee, K., Chung, J., Shin, K. C., & Hwang, T. Y. (2019). Association of physical and psychological health status between chronic obstructive pulmonary disease patients and their family caregivers. *Health Care for Women International*, 40(10), 1019-1030. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1617292>
- Clímaco, D. , Lustosa, T., Silva, M. V. de F. P., Lins-Filho, O. L., Rodrigues, V. K., Oliveira-Neto, L. de A. P., ... Pedrosa, R. P. (2022). Qualidade do sono em pacientes com DPOC: correlação com gravidade da doença e estado de saúde. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48(3), e20210340. ISSN 1806-3756.
- Cordeiro, T. (2011). *Alimentação Adequada: Faça mais pela sua Saúde!* Associação Portuguesa dos Nutricionistas. ISBN: 978-989-96506-6-4
- Corrêa, A. R., Andrade, A. C. de, Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duarte, E. D. (2015). The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Esc Anna Nery*, 19(4), 629-634. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>
- Costa, P. (2021). Capacitação da pessoa com DPOC e intolerância ao esforço para a melhoria nas AVDs e qualidade de vida, em contexto domiciliário. Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem, Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde; Universidade de Évora.
- Costa, R., & P. Costa, R. (2023). Terapêutica farmacológica inalada da DPOC nos cuidados de saúde primários: uma visão integrada. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 39(3), 248-55. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i3.13607>
- Crisóstomo, S. (2016). O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde », *Sociologia, Problemas e Práticas* [Online], NE |, posto online no dia 06 fevereiro 2017, consultado a 22 março 2024. URL: <http://journals.openedition.org/spp/2598>
- Dantas, M., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2022). Family health nurse interventions in the diabetes surveillance consultation. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1). <https://doi.org/10.12707/RV21084>
- De Jesus, L., Sant´Annal, M., Silva, G., Porto, F. (2022). Ensino da história da Enfermagem: reflexões e contribuições. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 30:e69280 DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.69280>
- Delphino, T. (2016). Efeito do acompanhamento por telefone na recuperação cirúrgica de idosos submetidos à cirurgia de facectomia: estudo clínico randomizado. Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa Universidade Federal Fluminense.
- Dessen, M. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: ciência e profissão*, 30, 202-219.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). Programa Nacional Para as Doenças Respiratórias (PNDR). 2ª edição: Novembro 2013. Millenium, 40 201-219.
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). Norma 005/2019, de 26 de Agosto. Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto . Recuperado de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). Manual de aconselhamento alimentar. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Recuperado de https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/PNPAS_Manual-Aconselhamento_jan.pdf
- Duarte Lima, R. C. (2016). A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 18(1), 130-139.
- Duarte, V., & Monteiro, E. (2017). Impacto da Doença Crónica e as Estratégias de Coping na Adaptação Familiar. *Cuid´arte - Revista de Enfermagem*.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021a). Mestrado em Enfermagem Comunitária. Recuperado de <https://estudar.esenf.pt/ms-enfermagem-comunitaria/>.
- European Institute for Gender Equality. (2017). Gender Equality Index 2017: We cannot be silent about violence. Disponível em: <https://eige.europa.eu/news/gender-equality-index-2017-we-cannot-be-silent-about-violence>.
- Fastenau, A., Schayck, O., Winkens, B., Aretz, K., Gosselink, R., Muris, J. (2020). Effectiveness of an exercise training programme COPD in primary care: A randomized controlled trial. *Respiratory medicine*, 165, 105943.
- Feldner, C., Cussolim, F., Martins, L., Felicidade, P., Camargo, F. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados [em linha]*, 22(52).
- Féres-Carneiro, T., Diniz Neto, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: Padrões relacionais. *Paidéia*, 20(46), 269-278.
- Ferré-Grau, C. (2023). Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar. . Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.80-84). Lidel.
- Ferreira, G., Ferreira, K., Magalhães, M., Santiago, M., Silva, P., & Monteiro da Cruz, C. (2020). Abordagem multidisciplinar da dor em pacientes com DPOC internados em unidade de tratamento intensivo.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.
- Figueiredo, M. H. J. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, M., Monteiro, M., Subtil, C. (2023). *A Enfermagem de Saúde Familiar*. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.92-95). Lidel.
- Fonseca, R. (2016). *Cartas Terapêuticas: um instrumento terapêutico em Enfermagem* [versão eletrónica]. Lisboa: Universidade Atlântica. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315893652_Cartas_terapeuti-cas_um_instrumento_terapeutico_em_enfermagem. Acedido a 23 de novembro de 2023.
- Fonte, P., Costa, R. (2021). *Gestão da doença estável*. Em *Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários*. Springer Healthcare Ibérica S.L. ISBN: 978-84-09-33955-6.

- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fragoso, G. L. (2020). Quando uma imagem não diz tudo: análise do discurso da logomarca da Estratégia Saúde da Família à luz do conceito de família contemporânea. *Saúde e Sociedade*, 29(1), e200459. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.04032019>
- França, A., Borges, E. (2018). Ética e Enfermagem do Trabalho"; Em *Enfermagem do Trabalho*. 1ª ed. Lisboa: LIDEL. pp. 81-90.
- Freed, P. E, McLaughlin, D. E, Smithbattle L., Leanders, S. & Westhus, N. (2010). "It's the little things that count": the value in receiving therapeutic letters. *Issues Ment Health Nurs*, 31(4): 265-272. doi: 10.3109/01612840903342274.
- Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2019). A Enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 273-282.
- Gimeno, A. (2003). A família - o desafio da diversidade. Lisboa: Instituto Piaget.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2023). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease report; Disponível em: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD. (2024). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2024 Report. Available from: Disponível em: » <https://goldcopd.org/2024-gold-report>
- Gomes, A., Gonçalves, L., Maia, P., Pereira, S., Castro, A., Pereira, J., Bayão, T., Freitas, R., Montenegro, S., & Siqueira-Batista, R. (2020). Sigilo, confidencialidade e privacidade: perspectivas pedagógicas na Estratégia Saúde da Família. *TEMPUS, Actas de saúde coletiva*, 14(2). DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i2.2796>
- Gomes, A., Lopes, G., Alvim, H. (2021). A importância da orientação da equipe multidisciplinar, sobre manter hábitos de vida saudáveis. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasil, São Paulo, v. 4, n. 9, p. 27-37, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.5083422. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/275>. Acesso em: 18 mar. 2024.
- Gomes, I. da C. L. (2020). A perda inesperada de um filho: O papel do suporte social. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto.
- Gomes, L., Bolze, S., Bueno, R., & Crepaldi, M. (2014). As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. *Pensando Famílias*, 18(2),(3-16).
- Gonçalves, E. (2018). Estratégias de coping da família da pessoa portadora de Esclerose Múltipla. Instituto Politécnico da Guarda. Relatório da Série N.º 616-083 GON.
- Guadalupe, S., Gonçalves, M. J. M., Fonseca, P., Silva, A. M. F. F., & Ávila, O. (2020). Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios. *Emancipação*, 20, 1-22. doi: 10.5212/Emancipacao.v.20.2014784.010
- Guedes, V. (2020). Implicações sobre o uso de ventilação mecânica não invasiva na pessoa e família em contexto domiciliário [Dissertação de mestrado, Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/72105>
- Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação. Loures: Lusociência.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., et al. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1423-1434.

- Iglesias, J., Díez-Manglano, J., García, F., Peromingo, J., Almagro, P., Aguilar, J. (2020) Management of the COPD patient with comorbidities: An experts recommendation document. *Int J COPD*. 15:1015-37.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023a). Rendimento e Condições de Vida. Informação à Comunicação Social. Diístaque. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=541059887&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023b). Estimativas de população residente em Portugal 2022. Informação à Comunicação Social. Diístaque. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=541059887&DESTAQUESmodo=2
- 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>.
- Kaakinen, & Birenbaum. (2011). Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem da família. In Stanhope, & Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusociência, p.570-590.
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Kumar, R., Sahu, M., & Rodney, T. (2022). Efficacy of Motivational Interviewing and Brief Interventions on tobacco use among healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(3), e03. Epub February 08, 2023. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e03>
- Lapão, L. V. & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (2). doi: 10.1590/0102-311X00042418.
- Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 297-308. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.15481>.
- Li, G., Liu, Y., Zhao, H., & Cai, H. (2019). Research on Application of Network System to Nursing Management. 11th International Conference on Measuring Technology and Mechatronics Automation (ICMTMA). doi: 10.1109/ICMTMA.2019.00161.
- Lima CSP, Barbosa, SFF. (2019). Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. [acesso em: 04 de março de 2024];21:53278. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53278>.
- Lopes, M. (2012). Florence Nightingale. Algumas Reflexões. Em *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. (Série monográfica 1., pp.9-18). Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISSN 1647-9440.
- Lowen, I., Peres, A., Crozeta, K., Bernardino, E., & Beck, C. (2015). Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 967-973. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600013
- Magalhães, D. (2020). Proporção de doentes com DPOC em Portugal sob a perspetiva da Medicina Geral e Familiar. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Maia, J. (2023). Adesão à Terapêutica não Farmacológica na HTA em Portugal em Cuidados de Saúde Primários. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/111550>

- Manzini, E. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, Bauru. 126
- Maranha, N. B., Silva, M. C. A., & Brito, I. C. (2017). A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*, 2 (1).
- Marcelino, D. (2022, 23 de fevereiro). A importância da formação contínua para profissionais de saúde. *Mycareforce*. <https://mycareforce.co/blog/a-importancia-da-formacao-continua-para-profissionais-de-saude/>.
- Margolis, R., Hollis, V., Hyde-Dryden, G., Robson-Brown, E., Smith, E., & McConnell, N. (2020). Families facing multiple adversities: impact and interventions. *Paediatrics and Child Health*, 30 (11), 390-394. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.08.005>.
- Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1). Recuperado de <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra: Quarteto.
- Marinho, C. (2022). *Finanças pessoais: atitude e comportamento de gestão*. Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças. Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) Instituto Politécnico de Bragança.
- Marques, T., Moutinho, L., Fernandes, M., Guedes, V., Ferreira, Figueiredo, M., & Marques, A. (2023). Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 99-109. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.216>
- Martins, E., Rato, M. & Marques (2017). Violência familiar: conceitos, impacto e intervenção dos profissionais de saúde. *Egitanea Scien-cia*, N.º 21, Ano 11: 7-22.
- Matos, A., & Nunes, A. (2018). Tecnologias da informação e comunicação no sistema de saúde Português. *Journal of Health Informatics*, 10(1), 30-34.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (2003). *Genograma sen la evaluacion familiar*. Barcelona. Gedisa.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press.
- Ministério da Saúde - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2020). *SCLínico - Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. Recuperado de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Ministério da Saúde (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. *Diário da República* n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22, páginas 5587 - 5596;
- Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho. *Diário da República* n.º 133/1999, Série I-A de 1999-06-09, páginas 3258 - 326.
- Ministério da Saúde. (2006). Despacho Normativo n.º 9/2006. *Diário da República*, I Série B, n.º 34, 1256-8.
- Ministério da Saúde. (2007a). Decreto-Lei nº 297/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República*, 1 a série-N o 161 - 22 de Agosto de 2007.

- Ministério da Saúde. (2007b). Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro. Diário da República, 1.ª série – N.º 201 – 18 de outubro de 2007.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República, Série I- n.º 38 - 22 de fevereiro de 2008, páginas 1182-1189.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Diário da República n.º 74/2009, 2.ª Série de 16 de abril de 2009.
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República, 1.ª série – N.º 149 – 5 de agosto de 2014.
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Diário da República, Série I- n.º 118/2017 - 21 de junho de 2017, páginas 3128 - 3140.
- Ministério da Saúde. (2017). Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho. Diário da República, 1.ª série – N.º 138 – 19 de julho de 2017, páginas 3840 - 3847.
- Ministério da Saúde. (2023). BI-UF, ARS Norte, ACeS Matosinhos - I USF. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10017/1135376/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2023a). Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, páginas 21 - 48.
- Ministério da Saúde. (2023b). Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro. Diário da República n.º 249/2023, 1.º Suplemento, Série I de 2023-12-28, páginas 2 - 12..
- Ministério da Saúde. (2023b). SCLínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP). <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>.
- Ministério da Saúde. (2023c). BI-UF, ARS Norte, ACeS Matosinhos, USF. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10017/Pages/default.aspx>
- Monteiro, R. A. G. (2021). O Impacte do Envelhecimento na Resposta Inflamatória: Artigo de Revisão. Mestrado Integrado em Medicina - Área Científica de Fisiopatologia. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- Moreira, I. (2016). O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Universidade de Coimbra.
- Moreira, J. (2012). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Que Impacto? (Tese de mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto). U. Porto, Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/72098>.
- Moreira, L., Siqueira, A., Santos, P., & Ladislau, V. (2018). Percepção do enfermeiro acerca da formação académica para o exercício profissional. Enfermagem Revista, 21(1), 34.
- Munhá, J., Pissara, C. (2019). "DPO...QUÊ?" - Portugueses desconhecem doença que é uma das principais causas de morte no nosso país. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/noticias/dpo-que-portugueses-desconhecem-doenca-que-e-uma-das-principais-causas-de-morte-no-nosso-pais>
- Munn, Z., Aromataris, E., Tufanaru, C., Stern, C., Porritt, K., Farrow, J., Lockwood, C., Stephenson, M., Moola, S., Lizarondo, L., McArthur, A., Peters, M., Pearson, A., & Jordan, Z. (2018). The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs institute system for the unified management, assessment and review of information (JBI SUMARI). International Journal of Evidence-Based Healthcare, 17(1):p 36-43, March 2019. doi: 10.1097/XEB.0000000000000152.
- Nascimento, G., Scorsolini-Comin, F. (2018). A Revelação da Homossexualidade na Família: Revisão Integrativa da Literatura Científica. Trends in Psychology, 26(3), 1527-1541. DOI: 10.9788/TP2018.3-14Pt

- Nascimento, G., Scorsolini-Comin, F. (2022). As repercussões do coming out nas famílias de jovens adultos homossexuais. *Interação em Psicologia*, 26(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i1.71750>
- Nascimento, L., Dantas, I., Andrade, R., & Mello, D. (2014). Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1), 211-220. doi:10.1590/s0104-07072014000100025.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(02). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Neto, F. R., Pessoa, C., Santos, F. D., Lourenção, L., Vasconcelos, L., Oliveira, E., Freire, N., Cunha, I. C., & Machado, M. H. (2022). Gestão da educação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Journal Health NPEPS*, e6296. <https://doi.org/10.30681/252610106296>
- Novais, J. (2010). “Constituição e Serviço Nacional de Saúde”, em J. Simões (org.), 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um Percorso Comentado, Coimbra, Edições Almedina, pp. 239-270. DOI : 10.30899/dfj.v4i11.441
- Nunes, A. (2020). O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 9(3), 499-516. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência,
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR). 13o Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Lisboa: ONDR; 2018. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf.
- Oliveira, J., & Crepaldi, M. (2017). A epistemologia do pensamento sistêmico e as contribuições de Humberto Maturana. *Psicologia em estudo*, 22 (3). 325-334. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.33944>
- Oliveira, R., Duarte, A., Alves, D., & Furegato, A. (2016). Desenvolvimento do aplicativo TabacoQuest para informatização de coleta de dados sobre tabagismo na enfermagem psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0661.2726>
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167. doi.org/10.1111/1467-6427.00144.
- Omil, C. (2021). Clima e cultura organizacional: Estudo com enfermeiros em contexto hospitalar (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38953/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado_Camila%20Omil.pdf.
- Onnis, L. (2016). From pragmatics to complexity Developments and perspectives of systemic psychotherapy. In M. Borcsa e Stratton, P (Eds.), *Origins and originalities in family therapy and systemic practice*. Cham: Springer Nature.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde pública e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde familiar. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República* n.º 35 - II Série.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. NORPRINT Artes Gráficas, S.A.. ISBN: 978-989-8444-30-1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros, Versão 1. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento n.º 555/2017. Diário da República, II Série, n.º 200, 23 633-6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135 - II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 - II Série.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1998). Health 21 - health for all in the 21st century. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-thehealth-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000a). Munich declaration: nurses and midwives: a force for health, 2000. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/healthtopics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2000/munich-declarationnurses-and-midwives-a-force-for-health-2000>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000b). The family health nurse - context, conceptual framework and curriculum. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107930>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). Saúde 21- Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2017). Patient safety: making health care safer. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019a). Cuidados de saúde primários. Recuperado de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019b). Declaration of Astana: global conference on primary health care, Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>.
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki. JAMA, 310 (20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.
- Padilha, M. (2013). Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Padilha, M., Mancia, J. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Revista brasileira de enfermagem. 58(6):723-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>
- Páez-Cala, M. (2019). Intervención sistémica con familias: de la linealidad a la circularidad. Revista CS, 28, 207-227. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2629>
- Pascoal, M., & de Souza, V. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de Enfermagem. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 7(6), 536-553.
- Patel, AR., Patel, AR., Singh, S., Singh, S., & Khawaja I. (2019). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: The Changes Made. Cureus, 11(6), e4985. DOI: 10.7759/cureus.4985

- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, M., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações* (pp. 26). ESEP.
- Pereira, A., Lima, H., Moura, H., Gonçalves, M., Furbino, S. (2019). A história da enfermagem como subsídio para a compreensão da evolução do campo de atuação do enfermeiro. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Pereira, M. (2018). *Direito da Família*. 2ª edição revista e actualizada. Lisboa: AAFDL Editora. ISBN 978-972-629-241-8
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A., & Figueiredo, M. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>
- Pinto, L. (2023). *Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar]
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (4), 1197-1204. doi: 10.1590/1413-81232020254.31222019.
- Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres. (2017). *Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica*. II Convenção de Istambul II (5.ª ed.). Lisboa: Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro. *Diário da República*, Série I- n.º 185/2022 - 23 de setembro, páginas 2-21.
- Prioste, A., Cruz, D., & Narciso, I. (2010). Circularidade relacional: padrões de funcionalidade familiar percebidos e o ajustamento psicológico em adolescentes. *Psychologica*. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_22
- Ramalho, O., Cavali, J., Pacheco, P., & Luvizotto, J. (2022). A enfermagem atuando na prevenção e reabilitação da doença obstrutiva pulmonar crónica -DPOC . 20º seminário de pesquisa/seminário de iniciação científica- UNIANDRADE.
- Raposo, J. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15(1), 19-27. "A Diabetes em Portugal" na Conferência 1 do 16º Congresso Português de Diabetes, realizada em Vilamoura de 6 a 8 de Março de 2020].
- Raposo, R. (2020). *Modelos operativos da cultura organizacional*. Tese de doutoramento. Universidade Lusíada. Repositório Institucional da Universidade Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/5602>
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 309-317.
- Rebelo, L. (2011). *A Família em Medicina Geral e Familiar*. Conceitos e práticas. Lisboa: Health & Pharma Publishing.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Robison, M., Coehlo, D., Smith, P. (2022). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia: FA Davis.

- Rocha dos Santos, R., Almeida Lima, E. F., Silva Freitas, P. S., Galavote, H. S., Rocha, E. M. S., & Duarte Lima, R. C. (2016). A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 18(1), 130-139.
- Rosa, F., Barros, S. (2018). Comunicação científica: reflexões preliminares para o GT "Relevância dos livros acadêmicos na comunicação da pesquisa" [online]. *SciELO 20 Anos*. Recuperado em 07 de agosto de 2018, de https://www.scielo20.org/redescielo/wp-content/uploads/sites/2/2018/07/ROSA-F_-BARROSS.-Comunicacao-Cientifica.pdf
- Rosa, N., & Escorcio, R. (2022). Análise da eficácia de incentivador respiratório a fluxo sobre a força muscular respiratória, resistência e tolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 22(2), 65-71. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i2a5>
- Rosário, L. A., Boaventura, T., Lechmann, E., Freitas, A. I., Gonçalves, M., & Junior, M. F. S. (2021). Aplicabilidade do apgar familiar no cuidado em enfermagem: série de casos. *Pensar Acadêmico*, 19 (1), 154-169. doi: <https://doi.org/10.21576/pa.2021v19i1.1926>.
- Rosenberg, M. (2021). *Comunicação Não-Violenta. O segredo para comunicar com sucesso*. Alma dos Livros. ISBN: 9789899054196.
- Russell, L. T., Coleman, M., & Ganong, L. (2018). Conceptualizing Family Structure in a Social Determinants of Health Framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), 735-748. <https://doi.org/10.1111/JFTR.12296>
- Ruth, B., Marshall, J. (2017). A History of Social Work in Public Health. *American journal of public health*, 107, S3, S236-S242. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>
- Santo, C. (2023). Relatório de estágio em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF: Intervenção do Enfermeiro de Família no Controlo da Diabetes Tipo 2 no Adulto. Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Saúde de Leiria. Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/8750>
- Santos, M. L. V. A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no Enfermeiro*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.) Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>.
- Schmitt, C., de Souza, S. A., da Silva Brinques, C., Franco da Silva, T., Gonçalves da Silva, A. L., & Trimer, R. (2021). Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Fisioterapia em Pesquisa*, 28(2). <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19033328022021>
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Genève: International Council of Nurses.
- Seabra, P. (2010). Entrevista familiar: um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental = Family interview: an instrument for assesment and intervention in mental health nursing. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. 260. 20-26.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). *SCLínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. Recuperado de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/> em 17 de fevereiro de 2024.
- Silva, A. S., Ferreira, N. G., Jardimino, D. S., Nascimento, L. A., & Sabino, L. M. M. (2022). Aplicação de entrevista motivacional no âmbito da saúde: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]*. 27º de outubro de 2022 [citado 27º de março de 2024];96(40). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1452>

- Silva, A., Mascarenhas, V., Araújo, S., Machado, R., Santos, A., & Andrade, E. (2018). Mobile technologies in the Nursing area. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 71, Issue 5, pp. 2570-2578). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0513>
- Silva, AT., Cabral, ES., Batalha, MC., & Aperibense PG. (2020). Florence Nightingale as a theme in the teaching of nursing history. *Hist Enferm Rev Eletrônica*. [cited 2022 Sep 8]; 11(Esp):15-27. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a2.pdf>
- Silva, J. P. da, Crepaldi, M. A., & Bousfield, A. B. da S. (2021). Representações Sociais e Doenças Crônicas no Contexto Familiar: Revisão Integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 125-140. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Silva, M. A. N., Costa, M.A., & Silva, M.M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III, 11, 19-28. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn11/serlIn11a03.pdf>
- Silva, M., Barros, T., Loureiro, H., Ferreira, M., & Figueiredo, M. (2022). Desafios das famílias no decorrer da pandemia por COVID-19: Perspetivas de enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 7-18. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.208>
- Silva, M., J., Victor, J., F., Mota, F., R., Soares, E., S., Leite, B., M., B. & Oliveira, E., T., O. (2014). Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(3), 527-532. doi.org/10.5935/1414-8145.20140075
- Silva, P. (2021). Carga de trabalho dos enfermeiros de família relacionada com os cuidados à família no âmbito do papel parental. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Silva, R. (2021). Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família. Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Instituto Politécnico de Bragança.
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244-252. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272466>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice* (6), pp. 1231- 1239
- Sousa, F., G., M., Figueiredo, M., C., A., B. & Erdmann, A., L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/341>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação de questões de pesquisa na prática baseada em evidências. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39.
- Spinak, E. O que está mudando no processo de revisão por pares. São Paulo: Abec Meeting, 2018. 29 slides, color.
- Spínola, A., Figueiredo, M. (2023). Família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.92-95). Lidel.
- Teixeira, M. (2023). Famílias com filhos adultos. A *Enfermagem de Saúde Familiar*. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*. (1ª ed., pp.178-181). Lidel.
- Trimer, R. (2021). Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Fisioter Pesqui*, 28(2), 145-150. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19033328022021>
- Vasconcellos, M. (2010). *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência*. 9ª ed. Campinas: Papirus.

- Viana, R., Barboza, R., Shimoda, E. (2020). A importância do Estágio Supervisionado para a formação do profissional técnico em enfermagem: análise de satisfação dos alunos de uma instituição federal de ensino. *Revista Científica da FMC*. v.15, n. 1.
- Vieira, S. M. C. (2018). Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Universidade do Minho. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/1822/55867>
- Watzlawick, P., Bealvin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Editora Cultrix.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Wiener, N. (1951). *Cybernetics Or control and communication in the animal and the machine*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário de caracterização das famílias

No âmbito do desenvolvimento do módulo I de estágio curricular, é expectável realizar a caracterização de uma amostra de famílias na lista do Enfermeiro Tutor, relativamente aos dados presentes neste questionário.

A privacidade e confidencialidade dos dados é assegurada por todos os intervenientes. A informação obtida será tratada em contexto académico bem como será um modo de atualização dos dados do sistema clínico da USF.

A participação é voluntária.

Idade:

Sexo:

Parentesco (em relação ao agregado):

Composição do agregado familiar:

Filhos:

Profissão:

Instrução:

Antecedentes

Pessoais/

Patologias:

Assinalar uma opção

Hábitos tabágicos:

- ☐ Sim Quantos cigarros por dia?
 Quantos fumadores no agregado familiar?
- ☐ Não

Fonte principal de rendimento

- ☐ Propriedade
- ☐ Altos Vencimentos ou honorários

- Vencimentos certos
- Remunerações incertas
- Assistência

Tipo de habitação

- Luxuosa
- Espaçosa e confortável
- Bem conservada e com cozinha e wc eletrodomésticos essenciais
- Com cozinha e wc, mas degradada e/ou sem eletrodomésticos essenciais
- Imprópria

Local de residência:

- Bairro elegante
- Bom local
- Zona antiga
- Barro operacional/social
- Bairro de lata

Habitação

Tipo de Alojamento:

- | | |
|---|---|
| ☐ Alojamento móvel | ☐ Instituição |
| ☐ Apartamento | ☐ Moradia |
| ☐ Barraca/casebre | ☐ Quarto/parte de casa |
| ☐ Desconhecido | ☐ Sem alojamento |
| ☐ Hotel/Pensão | ☐ Outro |

Salubridade da zona residencial:

- ☐ Desconhecida
 ☐ Insalubre
 ☐ Salubre

Regime de ocupação:

- ☐ Arrendada

Tipologia:

- ☐ Desconhecido
☐ Não aplicável
☐ T0
☐ T1
☐ T2
☐ T3 ou mais

- ☐ Cedida
- ☐ Própria
- ☐ Desconhecida
- ☐ Outra

Estado geral de conservação:

- ☐ Bom
- ☐ Desconhecido
- ☐ Mau
- ☐ Razoável

Conforto:

- ☐ Bom
- ☐ Desconhecido
- ☐ Mau
- ☐ Razoável

Mobiliário e equipamento básico

- ☐ Desconhecido
- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente

Casa de banho

- ☐ Desconhecida
- ☐ Fora do alojamento
- ☐ Inexistente
- ☐ No alojamento

Aquecimento

- ☐ Central
- ☐ Desconhecido
- ☐ Local
- ☐ Nenhum

Eletricidade

- ☐ Desconhecido
- ☐ Não
- ☐ Sim

Higiene

- ☐ Boa
- ☐ Desconhecida
- ☐ Má
- ☐ Razoável

Água

Origem da água

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Desconhecido | ☐ Desconhecida |
| ☐ Não | ☐ Particular |
| ☐ Sim | ☐ Rede pública |

Distribuição da água

- ☐ Desconhecida
- ☐ Fontenário a + de 100m de casa
- ☐ Fontenário a – de 100m de casa
- ☐ Fora do alojamento
- ☐ No alojamento

Barreiras arquitetónicas:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhecido

No interior

No exterior

Etapa do ciclo vital C. Duvall

- I- Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II- Família com filhos pequenos (nascimento do 1º filho até idade pré-escolar, 3 anos)
- III- Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)

- IV- Família com filhos em idade escolar (da entrada da escola até a adolescência, 13 anos)
- V- Família com filhos adolescentes (da saída de escola até ao início de estudos superiores)
- VI- Família com filhos adultos jovens (os filhos saem da casa)
- VII- Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma)
- VIII- Família idosa (da reforma a viuvez)

Tipo de família

- ☐ Unitária – 1 elemento
- ☐ Monoparental – Só pai ou mãe e filhos
- ☐ Alargada – Avós, pais e filhos
- ☐ Reconstruída – Nova união após reformulação
- ☐ Nuclear – Casal com ou sem filhos
- ☐ Outras

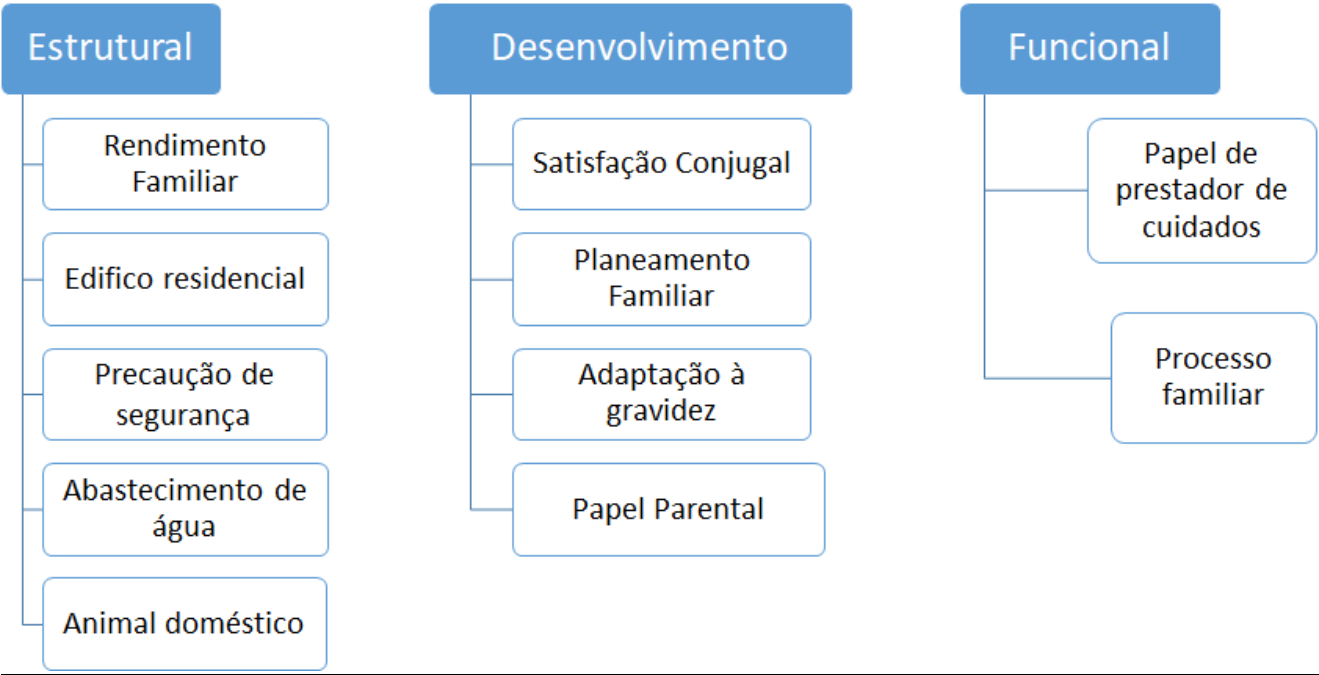
Obrigada pela participação e pelo tempo despendido.

Enf. Inês Portilho Viseu



ANEXO II - Matriz Operativa – versão reduzida

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

--

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

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

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)								
	Trabalh o	Escol a	Inst.Saud e	Religiã o	IPS S	Lazer/ Cultur a	Amigo s	Outro s
Vínculo forte								
Vínculo inttermédi o								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 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</u> / <u>Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4</u> ou <u>grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

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

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>
Critérios diagnósticos	<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	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	

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

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

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

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento	
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás	
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico	
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento	
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás	
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico	
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas	
	Orientar para serviços da comunidade	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i>
Avaliar Abastecimento de Água	- Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i> Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)

	- No caso de rede privada ou rede mista: 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
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água	
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		

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



Se Animal Doméstico Negligenciado

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

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados
	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

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

Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.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	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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

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

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
 Int	Se Satisfação Conjugal Não Mantida
	definição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	finição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
<i>(eliminar o que não se adequa)</i>	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>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.2- Planeamento Familiar
Dimensão	B.2.1- Fertilidade
	B.2.1.1- O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos

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

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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Uso de Contraceptivo	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contraceptivo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	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>
Interrupção do uso de contraceptivo	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Satisfação com o contraceptivo adotado	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

<u>e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.3- 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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
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>
	<u>Fundamentação</u>	
	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	

Atividade Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.2- Planejamento familiar
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz Se Fertilidade Comprometida e/ou; Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; Conhecimento sobre reprodução não demonstrado
Diagnóstico: 	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento não demonstrado, Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo

	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
	<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

	identificação do(s) cônjuge(s))	
	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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.3- 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 (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na 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.3.1.5- 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>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
<u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido. <table border="1" data-bbox="488 376 1359 667"> <tr> <th data-bbox="488 376 826 416">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 376 1359 416">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="488 416 826 667"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 416 1359 667"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table> Fundamentação	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	B.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido. <table border="1" data-bbox="488 862 1359 1153"> <tr> <th data-bbox="488 862 826 902">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 862 1359 902">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="488 902 826 1153"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 902 1359 1153"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table> Fundamentação	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO				
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>				
Dimensão	B.3.2- Comunicação				
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez <table border="1" data-bbox="488 1700 1359 1991"> <tr> <th data-bbox="488 1700 826 1740">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 1700 1359 1740">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="488 1740 826 1991"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 1740 1359 1991"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	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 <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
<u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

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

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
 Se Adaptação à Gravidez Não Adequada (eliminar o que não se adequa)	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez	
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade	
	Informar o casal sobre etapas de adaptação à 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	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>		Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>		<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	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>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
<u>Conhecimento dos pais sobre</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades,</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>aleitamento materno</u>	<i>narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e 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>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
<u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

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

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

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

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

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

	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
Atividade diagnóstica	Resultados	
<u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
Atividade diagnóstica	Resultados	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
Atividade diagnóstica	Resultados	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	

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

Os _____ pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
Os _____ pais fomentam a adesão à vacinação da criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
Os _____ pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
Os _____ pais promovem uma higiene adequada à criança	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item Os _____ pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de 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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Os _____ pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança	B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (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 Os _____ pais promovem a socialização da criança	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
	Atividade diagnóstica (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 Os _____ pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e	B.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional 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))
	Fundamentação	

emocional da criança		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Atividade diagnóstica (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	
Crítérios 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))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim

Diagnóstico:	Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)
---------------------	--

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
 Se Papel Parental Não Adequado Ensinar 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, psicossocial e social
	Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
	Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança
	Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança
	Motivar os pais para higiene adequada à criança
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança
	Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança
	Motivar os pais para a socialização da criança
	Motivar os pais para a importância de regras estruturantes
	Orientar para serviços sociais
	Orientar para serviços comunitários
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Avaliar as dimensões não consensuais de papel
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Promover o envolvimento da família alargada
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções	Data
<i>(repetir conforme necessário)</i>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>

Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

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

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

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização <table border="1" data-bbox="513 376 1367 667"> <tr> <th data-bbox="513 376 826 409">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 376 1367 409">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="513 409 826 667"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 409 1367 667"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table> <u>Fundamentação</u>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil <table border="1" data-bbox="513 864 1367 1155"> <tr> <th data-bbox="513 864 826 898">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 864 1367 898">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="513 898 826 1155"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 898 1367 1155"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table> <u>Fundamentação</u>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social</u>	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social <table border="1" data-bbox="513 1352 1367 1644"> <tr> <th data-bbox="513 1352 826 1386">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 1352 1367 1386">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="513 1386 826 1644"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td><td data-bbox="826 1386 1367 1644"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table> <u>Fundamentação</u>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes <table border="1" data-bbox="513 1841 1367 2000"> <tr> <th data-bbox="513 1841 826 1874">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="826 1841 1367 1874">Resultados</th></tr> <tr> <td data-bbox="513 1874 826 2000"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e</i></td><td data-bbox="826 1874 1367 2000"><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td></tr> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica	Resultados				
<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>				

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

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de</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	

<u>vigilância de</u> <u>acordo com a</u> <u>idade da criança</u>		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
<u>Os pais</u> <u>fomentam a</u> <u>adesão à</u> <u>vacinação da</u> <u>criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
<u>Os pais</u> <u>promovem a</u> <u>ingestão</u> <u>nutricional</u> <u>adequada à</u> <u>criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
<u>Os pais</u> <u>promovem uma</u> <u>higiene</u> <u>adequada à</u> <u>criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Os _____ pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	(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	
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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.7-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))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
Os _____ pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional 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))
	Fundamentação	
	B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	

Atividade		
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Crítérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Conflito do papel</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))
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)	
CrITÉRIOS 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	
	Se Papel Parental Não Adequado	
	do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)	

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares Promover a socialização/autonomia da criança
	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;

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

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos na escola (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Dimensão	B.6.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

Atividade Diagnóstica do item <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 <table border="1" data-bbox="544 376 1367 667"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 376 839 409">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="839 376 1367 409">Resultados</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 409 839 667">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td data-bbox="839 409 1367 667">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr> </tbody> </table> <u>Fundamentação</u>	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	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 <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 <table border="1" data-bbox="544 862 1367 1153"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 862 839 896">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="839 862 1367 896">Resultados</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 896 839 1153">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td data-bbox="839 896 1367 1153">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr> </tbody> </table> <u>Fundamentação</u>	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	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 <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 <table border="1" data-bbox="544 1355 1367 1646"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 1355 839 1388">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="839 1355 1367 1388">Resultados</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 1388 839 1646">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td data-bbox="839 1388 1367 1646">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr> </tbody> </table> <u>Fundamentação</u>	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	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.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes <table border="1" data-bbox="544 1848 1367 1989"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 1848 839 1881">Atividade diagnóstica</th><th data-bbox="839 1848 1367 1881">Resultados</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 1881 839 1989">(colocar texto livre para as atividades, narrativas)</td><td data-bbox="839 1881 1367 1989">(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr> </tbody> </table>	Atividade diagnóstica	Resultados	(colocar texto livre para as atividades, narrativas)	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade diagnóstica	Resultados				
(colocar texto livre para as atividades, narrativas)	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				

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

CrITÉRIOS diagnÓsticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
SubdiagnÓstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade DiagnÓstica do item	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</u>	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade DiagnÓstica do item	B.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada ao adolescente	
<u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente</u>	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade DiagnÓstica do item	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de atividades de lazer adequado ao adolescente	
<u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnÓstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade DiagnÓstica do item	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente	

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

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

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

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao inicio 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	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel

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

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel
	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental

Atividade Diagnóstica do item <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 Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada 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 <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	

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

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

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

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
<u>Papel parental não adequado por</u> <u>Conhecimento do papel não</u> <u>demonstrado e/ou</u> <u>Comportamentos de adesão não</u> <u>demonstrado</u>	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
<u>Consenso Não</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões não consensuais de papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
<u>Conflito SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões conflituais no papel	
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	

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

DIMENSÃO FUNCIONAL

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

Se o prestador de cuidados não for membro da família:	Instruído ou iletrado			
	Profissão			
	Contacto			

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

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

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

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

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

<u>Autocuidado</u>		
<u>Vestuário</u>		
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 de cuidados 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 Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Ir ao sanitário</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	

<u>sobre</u> <u>Autocuidado</u> Ir <u>ao sanitário</u>		
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</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u> <u>de Habilidades</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>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Comportamen</u> <u>tos sono-</u> <u>repouso</u>	<u>Fundamentação</u>	
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</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u> <u>de Habilidades</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>sobre</u> <u>Autocuidado</u> <u>Atividade</u> <u>recreativa</u>	<u>Fundamentação</u>	
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</u> <u>do prestador</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>
	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>

de cuidados/ <u>Aprendizagem</u> de Habilidades	identificação do(s) cônjuge(s))	
sobre <u>Autocuidado</u> <u>Atividade física</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
<u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados</u> <u>sobre Gestão</u> <u>do Regime</u> <u>terapêutico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
<u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u> <u>de Habilidades</u> <u>sobre</u> <u>Autovigilância</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento</u> <u>do prestador</u> <u>de cuidados/</u> <u>Aprendizagem</u> <u>de Habilidades</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	

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

Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados</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>promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u>	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica do item <u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do</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	

sanitário pelo membro da família dependente		
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 Comportamen to sono- repouso 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	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância	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 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	
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))

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

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado /

	Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
--	---

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas  (eliminar o que não se adequa) Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho a Técnica do Banho 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
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel 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 Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					

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

23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

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

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)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			

Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10 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 profissionais saúde	dos de	
---------------------------------------	-----------	--

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

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

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

<u>Influência e Poder</u>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Fundamentação		
Atividade	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>
<u>Alianças e Uniões</u>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>
<u>Funcionalidade e da Família</u>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	

Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-----------------------	--

Foco	C.2- Processo Familiar
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 <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Se Processo Familiar Disfuncional

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

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

ANEXO III - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação.

Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Origem do Rendimento
		Conhecimento e Capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares
	Edifício residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Abastecimento de água	Utilização da água de rede privada/ pública para consumo humano
	Animal doméstico	Presença/Ausência
Dimensão do Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
	Papel Parental	Conhecimento do papel parental
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel, Conflitos do papel e, ou Saturação do papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de papeis
		Relação Dinâmica

ANEXO IV - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação

Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Origem do Rendimento
		Conhecimento e Capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares
	Edifício residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Dimensão do Desenvolvimento	Abastecimento de água	Utilização da água de rede privada/ pública para consumo humano
		Animal doméstico
	Satisfação conjugal	Presença/Ausência
		Relação dinâmica
	Papel Parental	Comunicação
		Conhecimento do papel parental
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel, Conflitos do papel e, ou Saturação do papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de papeis
		Relação Dinâmica

ANEXO V - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 3, por dimensões de avaliação

Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Origem do Rendimento
		Conhecimento e Capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares
	Edifício residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Abastecimento de água	Utilização da água de rede privada/ pública para consumo humano
	Animal doméstico	Presença/Ausência
Dimensão do Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
	Papel Parental	Conhecimento do papel parental
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel, Conflitos do papel e, ou Saturação do papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de papeis
		Relação Dinâmica

ANEXO VI - Quadro de Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 4, por dimensões de avaliação

Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Origem do Rendimento
		Conhecimento e Capacidade de gestão de rendimento de acordo com despesas familiares
	Edifício residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Abastecimento de água	Utilização da água de rede privada/ pública para consumo humano
	Animal doméstico	Presença/Ausência
Dimensão do Desenvolvimento	Papel Parental	Comunicação
		Conhecimento do papel parental
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel, Conflitos do papel e, ou Saturação do papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de papeis
		Relação Dinâmica

ANEXO VII - Diagnóstico das necessidades de formação profissional - Formulários Google

26/03/24, 19:20

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

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

Todos os dados serão confidenciais e anónimos.

Idade *

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

Sexo *

- ☐ Masculino
- ☒ Feminino
- ☐ Prefiro não responder

Tempo de exercício profissional *

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

Tempo de exercício profissional em CSP *

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

Habilitações académicas *

- ☐ Licenciatura
- ☒ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Título de enfermeiro especialista pela OE *

☒ Sim

☐ Não

Se sim, indique qual a área de especialidade *

Reabilitação

Descreva o que entende por família. *

A família representa uma agregação de indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco

Descreva o que entende por saúde familiar. *

bem estar físico, mental e psicológico de uma agregação de indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco

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

cuidados prestados por um enfermeiro a uma agregação de indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco. Estes cuidados visam a promoção e prevenção de um indivíduo e respetiva família

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?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☒ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Já teve formação sobre Avaliação e Intervenção Familiar? *

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, especifique a formação? *

Mdaif

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, qual? *

Mdaif

Se sim, já teve formação sobre esse modelo? *

- ☒ Sim
- ☐ Não

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, enumere dois aspetos de utilidade. *

facilidade de documentação e praticidade

Utiliza aplicações móveis na sua prática profissional? *

☐ Sim

☒ Não

Se sim, quais? *

Nao utilizo

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? *

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☒ 8

☐ 9

☐ 10

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

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

Se sim, qual modelo considera? *

Mdaif

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

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

para saber utilizar a aplicação movel

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO VIII - Plano de Sessão de Formação Profissional

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

Anexo IX - Avaliação Sessão de formação profissional - Formulários Google

26/03/24, 19:21

Avaliação sessão de formação profissional

Avaliação sessão de formação profissional

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

Todos os dados serão confidenciais e anónimos.

Idade *

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

Sexo *

- ☐ Masculino
- ☒ Feminino
- ☐ Prefiro não responder

Tempo de exercício profissional *

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

Tempo de exercício profissional em CSP *

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

Habilitações académicas *

- ☐ Licenciatura
- ☒ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Título de enfermeiro especialista pela OE *

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, indique qual a área de especialidade *

Saude familiar

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

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

Justifique a resposta anterior. *

Promove o seu desenvolvimento e facilita a prática clínica diária e

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

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

- ☐ Sim
- ☒ Não

Se sim, refira quais.

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

- ☐ Sim
- ☒ Não

Se sim, quais e porque?

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? *

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, em que aspetos?

Facilitar o trabalho diário dos profissionais

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

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |

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

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |

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

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

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.

Idade *

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

Sexo *

- ☐ Masculino
- ☒ Feminino
- ☐ Prefiro não responder

Tempo de exercício profissional *

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

Tempo de exercício profissional em CSP *

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

Habilitações académicas *

- ☒ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Título de enfermeiro especialista pela OE *

- ☒ Sim
- ☐ Não

Se sim, indique qual a área de especialidade *

Comunitária

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

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

Justifique a resposta anterior. *

Torna se uma ferramenta prática para recolher informações acerca das famílias

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

- ☒ Sim
- ☐ Não

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

- ☐ Sim
- ☒ Não

Se sim, refira quais.

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

- ☐ Sim
- ☒ Não

Se sim, quais e porque?

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? *

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |

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

☒ Sim

☐ Não

Se sim, em que aspetos?

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

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? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO X - Certificado Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar



SUPLEMENTO AO DIPLOMA

1. INFORMAÇÕES SOBRE O TITULAR DA QUALIFICAÇÃO

1.1 Apellidos(s)

Viseu

1.2 Nome(s) próprio(s)

Inês Portilho Bermudes

1.3 Data de nascimento (dia/mês/ano)

20/08/1997

1.4 Número ou código de identificação do estudante e número de documento de identificação

Número de estudante: 7070

Tipo de documento de identificação: Cartão de cidadão

Número de documento de identificação: 15392611

2. INFORMAÇÕES QUE IDENTIFICAM A QUALIFICAÇÃO

2.1 Designação da qualificação e título que confere (na língua original)

Não conferente de grau académico

2.2 Principais áreas de estudo da qualificação

Ciências Sociais (CSOC)

Enfermagem (ENF)

Ciências da Saúde (CSAU)

2.3 Designação e estatuto da instituição que emite o diploma ou certificado (na língua original)

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Instituição pública de ensino superior politécnico

2.4 Língua de aprendizagem e de avaliação

Língua portuguesa

Este suplemento ao diploma segue o modelo elaborado pela Comissão Europeia, pelo Conselho da Europa e pela UNESCO / CEPES. A finalidade deste suplemento é fornecer dados independentes e suficientes para promover a transparência internacional e um reconhecimento justo, académico e profissional das qualificações (diplomas, graus, certificados etc.). O suplemento foi concebido para proporcionar uma descrição da natureza, do nível, do contexto, do conteúdo e do estatuto dos estudos efetuados e devidamente concluídos pelo indivíduo mencionado no diploma ou na carta de curso original, ao qual o suplemento se apensa. Este último está isento de quaisquer juízos de valor, declarações de equivalência ou sugestões sobre reconhecimento.



Inês Portilho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



3. INFORMAÇÃO SOBRE O NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO

3.1 Nível da qualificação

3.2 Duração oficial do programa ou ciclo de estudos

3.3 Requisitos de acesso

4. INFORMAÇÃO SOBRE OS CONTEÚDOS E RESULTADOS OBTIDOS

4.1 Regime de estudos

4.2 Requisitos do programa de estudos

Completar com sucesso o plano de estudos do curso, obtendo um total de 30 ECTS:

- 21 ECTS obrigatórios, nas seguintes áreas científicas:
 - Enfermagem - 21

4.3 Pormenores do programa de estudos e os créditos obtidos

Ver em anexo as áreas científicas, o total de horas e o número de horas de contacto de cada uma das diferentes modalidades, os ECTS e a classificação obtida em cada uma das unidades curriculares do plano de estudo.

4.4 Sistema de classificação e orientações sobre atribuição das classificações

As classificações atribuem-se de acordo com uma escala inteira de 0 a 20 valores. Para obter aprovação em cada unidade curricular, é necessária a classificação mínima de 10 valores.

A classificação final do curso resulta da média aritmética ponderada das classificações obtidas nas unidades curriculares. A ponderação de cada unidade curricular coincide com o número de ECTS da mesma unidade curricular.

A classificação final será associada a uma menção qualitativa correspondente a um de quatro graus:

- 10 a 13 valores - Suficiente
- 14 e 15 valores - Bom
- 16 e 17 valores - Muito bom
- 18 a 20 valores - Excelente



Inês Portilho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



Para os diplomados pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano lectivo de 2020/2021, foi estabelecida a seguinte correspondência entre a classificação final do curso, no intervalo de 10 a 20 da escala numérica inteira de 0 a 20 valores, e a escala europeia de comparabilidade de classificações:

Escala europeia de comparabilidade de classificações

Escala numérica

A (classificação que permite abranger, nesta classe, 10% dos alunos)	Não atribuída
B (classificação que permite abranger, no conjunto desta classe com a classe anterior, 35% dos alunos)	Não atribuída
C (classificação que permite abranger, no conjunto desta classe com as classes anteriores, 65% dos alunos)	Não atribuída
D (classificação que permite abranger, no conjunto desta classe com as classes anteriores, 90% dos alunos)	Não atribuída
E (classificação que permite abranger, no conjunto desta classe com as classes anteriores, 100% dos alunos)	Não atribuída

Não tendo sido possível atingir a dimensão da amostra a que se refere a alínea b) do n.º 1 do Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de fevereiro, a utilização da Escala Europeia de Comparabilidade de Classificações foi substituída pela menção do número de ordem da classificação do diploma e do número de diplomados, no ano letivo 2020/2021, à data de 06-01-2022, nos termos do n.º 2 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de fevereiro.

4.5 Classificação final de qualificação e menção qualitativa (na língua original)

16 (dezasseis) valores

Muito bom (menção qualitativa)

2/15 (Escala europeia de comparabilidade de classificações)

5. INFORMAÇÃO SOBRE A FUNÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

5.1 Acesso a um nível de estudos superior

5.2 Estatuto profissional

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

6.1 Informações complementares

6.2 Outras fontes de informação



Inês Portinho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



7. AUTENTICAÇÃO DO SUPLEMENTO

7.1 Data

6 de maio de 2 023

7.2 Assinatura

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

7.3 Cargo

Presidente



Inês Portilho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



8. INFORMAÇÃO SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE ENSINO SUPERIOR

A Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, posteriormente alterada, nalguns dos seus articulados pelas Leis nºs 115/97, de 19 de Setembro, e 49/2005, de 30 de Agosto, republicada e renumerada em anexo à última), estabelece o quadro geral do sistema educativo.

A educação escolar desenvolve-se em três níveis: os ensinos básico, secundário e superior.

A educação pré-escolar é facultativa e destina-se às crianças com idade compreendida entre os três anos e a idade de ingresso no ensino básico.

O ensino básico é universal, obrigatório e gratuito e compreende três ciclos sequenciais, sendo o primeiro de quatro anos, o segundo de dois e o terceiro de três.

O ensino secundário é obrigatório e compreende um ciclo de três anos (10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade).

Organização do ensino superior

Em 2005 foram dados os primeiros passos para a reforma do sistema de ensino superior, com a introdução de um novo sistema de créditos (ECTS) para ciclos de estudo, mecanismos de mobilidade, suplemento ao diploma, entre outros. Foram efetuadas alterações à Lei de Bases do Sistema Educativo de modo a implementar o Processo de Bolonha.

A nova estrutura organizada em três ciclos de estudo foi introduzida em 2006 e totalmente implementada, em Portugal, a partir do ano letivo de 2009/2010. Os descritores de qualificação genéricos foram também estabelecidos para cada ciclo de estudos, com base nas competências adquiridas, assim como a definição de intervalos ECTS para o primeiro e segundo ciclo de estudos.

O ensino superior português compreende o ensino universitário e o ensino politécnico. O ensino universitário é ministrado em instituições universitárias públicas e privadas e o ensino politécnico em instituições de ensino superior não universitárias públicas e privadas. Os estabelecimentos de ensino privado obtêm reconhecimento prévio do Ministério da Educação e Ciência. A rede de ensino superior integra ainda uma instituição de ensino concordatário.

Grau de Licenciado

As instituições universitárias e politécnicas conferem o grau de licenciado.

O ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado no ensino politécnico tem uma duração normal de seis semestres curriculares de trabalho dos alunos correspondentes a 180 créditos, ou exceionalmente, em casos cobertos por normas jurídicas nacionais ou da União Europeia, uma duração normal de até sete ou oito semestres curriculares de trabalho e uma formação de até 240 créditos.

O ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado no ensino universitário tem 180 ou 240 créditos e uma duração normal compreendida entre seis e oito semestres curriculares de trabalho dos alunos. No primeiro ciclo de estudos das instituições universitárias ou politécnicas o grau de licenciado é conferido aos que, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de licenciatura, tenham obtido o número de créditos fixado.

Grau de Mestre

As instituições universitárias e politécnicas conferem o grau de mestre.

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre tem 90 a 120 créditos e uma duração normal compreendida entre três e quatro semestres curriculares de trabalho dos alunos ou, exceionalmente, em consequência de uma prática estável e consolidada internacionalmente, 60 créditos e uma duração de dois semestres.

No ensino politécnico o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição de uma especialização de natureza profissional. No ensino universitário o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição de uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação ou que aprofunde competências profissionais.

No ensino universitário o grau de mestre pode igualmente ser conferido após um ciclo de estudos integrado, com 300 a 360 créditos e uma duração normal compreendida entre 10 e 12 semestres curriculares de trabalho nos casos em que a duração para o acesso ao exercício de uma determinada atividade profissional seja fixada por normas legais da União Europeia ou resulte de uma prática estável e consolidada na União Europeia. Neste ciclo de estudos é conferido o grau de licenciado aos que tenham realizado os 180 créditos correspondentes aos primeiros seis semestres curriculares de trabalho.

No segundo ciclo de estudos das instituições universitárias ou politécnicas o grau de mestre é conferido aos que através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos fixado.

Grau de Doutor

O grau de doutor é conferido pelas universidades e institutos universitários aos que tenham obtido aprovação nas unidades curriculares do curso de doutoramento quando exista, e no ato público de defesa da tese.



Inês Portinho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



Condições de Acesso

Regime geral de acesso ao ensino superior

Para se candidatarem ao primeiro ciclo de estudos conducente ao grau de **licenciado** ou ao ciclo de estudos de mestrado integrado conducente ao grau de **mestre**, através do regime geral, os estudantes nacionais e estrangeiros devem satisfazer as seguintes condições:

- Ter aprovação num curso de ensino secundário ou habilitação nacional ou estrangeira legalmente equivalente;
- Ter realizado as provas de ingresso exigidas para o curso a que se candidata com a classificação igual ou superior à mínima fixada (há instituições de ensino superior que aceitam provas ou exames estrangeiros);
- Satisfazer os pré-requisitos exigidos (se aplicável) para o curso a que se candidata.

Regimes especiais de acesso

Para além do regime geral existem regimes especiais de acesso ao ensino superior para atletas de alta competição, cidadãos portugueses em missão oficial no estrangeiro, funcionários nacionais e estrangeiros em missão diplomática, oficiais das Forças Portuguesas e bolseiros no quadro dos acordos de cooperação firmados pelo Estado Português.

Concursos especiais

Para além do regime geral e dos regimes especiais há concursos especiais para candidatos que reúnam condições habilitacionais específicas possibilitando o ingresso no ensino superior a novos públicos numa lógica de aprendizagem ao longo da vida:

- Adultos maiores de 23 anos que tenham obtido aprovação em provas especialmente adequadas destinadas a avaliar a capacidade para a frequência do ensino superior;
- Titulares de um curso de especialização tecnológica (curso pós-secundário não superior).

O ingresso em cada instituição de ensino superior está sujeito a *numerus clausus*.

Ingresso no segundo ciclo de estudos

Podem candidatar-se ao ingresso no segundo ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre:

- Os titulares de grau de licenciado ou equivalente legal;
- Os titulares de um grau académico superior estrangeiro, que seja reconhecido como satisfazendo os objetivos do grau de licenciado pelo órgão científico estatutariamente competente do estabelecimento de ensino superior onde pretendem ser admitidos;

- Os detentores de um currículo escolar, científico ou profissional, que seja reconhecido como atestando capacidade para realização deste ciclo de estudos pelo órgão científico estatutariamente competente do estabelecimento de ensino superior onde pretendem ser admitidos.

Ingresso no terceiro ciclo de estudos

Podem candidatar-se ao ingresso no terceiro ciclo de estudos conducentes ao grau de **doutor**:

- Os titulares de grau de mestre ou equivalente legal;
- Os titulares de grau de licenciado detentores de um currículo escolar ou científico especialmente relevante, que seja reconhecido como atestando capacidade para realização deste ciclo de estudos pelo órgão científico legal e estatutariamente competente da universidade onde pretendem ser admitidos;
- Os detentores de um currículo escolar, científico ou profissional, que seja reconhecido como atestando capacidade para realização deste ciclo de estudos pelo órgão científico legal e estatutariamente competente da universidade onde pretendem ser admitidos.

Sistema de classificação

Ao grau de **licenciado** e **mestre** é atribuída uma classificação final expressa no intervalo 10-20 da escala numérica inteira de 0 a 20, bem como o seu equivalente na escala europeia de comparabilidade de classificações.

Ao grau académico de **doutor** é atribuída uma qualificação final nos termos fixados pelas normas regulamentadas aprovadas pela universidade que o atribuiu.

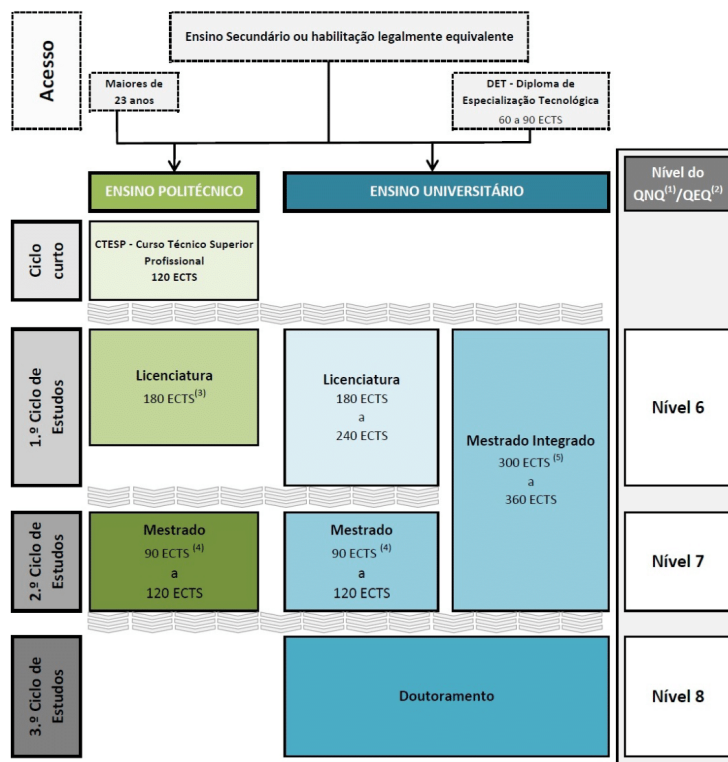


Inês Portinho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214



Sistema de Ensino Superior Português



(1) QNQ - Quadro Nacional de Qualificações.

(2) QEQ - Quadro Europeu de Qualificações.

(3) Exceção-se os casos em que seja indispensável, para o acesso ao exercício de determinada atividade profissional, uma formação compreendida entre 210 e 240 ECTS.

(4) Excecionalmente, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre numa especialidade pode ter 60 créditos, em consequência de uma prática estável e consolidada internacionalmente nessa especialidade.

(5) O grau de mestre pode igualmente ser conferido após um ciclo de estudos integrado, para acesso ao exercício de uma determinada atividade profissional, quando a duração: a) seja fixada por normas legais da União Europeia; b) resulte de uma prática estável e consolidada na União Europeia. Nestes casos, o grau de licenciado é atribuído aos alunos que tenham realizado 180 ECTS (3 anos, 6 semestres).



Inês Portinho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214

**PROGRAMA DE ESTUDOS**

Estudante: **Inês Portilho Bermudes Viseu**
Filha de **António Manuel Bermudes Viseu**
e de: **Deolinda da Conceição da Ponte Portilho Viseu**
Natural de: **Matosinhos - Matosinhos - Porto**
Data de nascimento: **20-08-1997**
Documento de identificação **Cartão de cidadão**
N.º: 15392611 Validade: 27-11-2024

Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Familiar

Data de matrícula no curso < **21-10-2020** | **13-07-2021** > Data de conclusão do curso

Código	Denominação	Área científica	Horas totais	Horas de contacto	ECTS	(0-20)	Classificação EECC	Obs.
UC248	A enfermagem em contexto de saúde familiar	ENF	168	T: 30; OT: 12; S: 18	6	16	2/15 a)	
UC323	Conceitos, métodos e gestão em enfermagem	ENF	75	T: 12; TP: 6; OT: 4; S: 3	3	16	A	
UC204	Marketing e inovação tecnológica como suporte à gestão em saúde	CSOC	75	T: 5; TP: 10; OT: 5; S: 5	3	14	3/3 a)	
UC291	Modalidades de intervenção familiar sistémica	ENF	168	T: 15; TP: 14; PL: 25; S: 6	6	17	3/15 a)	
UC241	Processos de trabalho em enfermagem e saúde	CSAU	75	T: 10; TP: 6; OT: 9	3	18	A	
UC301	Processos familiares e papéis na família	ENF	168	T: 22; TP: 20; OT: 10; S: 8	6	15	2/15 a)	
UC302	Promoção da saúde individual no contexto da família	ENF	84	T: 10; TP: 6; OT: 8; S: 6	3	16	3/15 a)	

a) Nos termos da alínea b), do n.º 1, do artigo 22.º, do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de fevereiro.

LEGENDA**Áreas científicas**

CSOC Ciências Sociais
ENF Enfermagem
CSAU Ciências da Saúde

Contacto

OT Orientação tutorial
PL Prática laboratorial
S Seminário
T Teórica
TP Teórico-prática



Inês Portilho Bermudes Viseu (7 070)

Verificação da autenticidade do documento em <https://www.esenf.pt/validadoc> com o código 49B817FF0214

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



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

Certificado

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

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora



Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC



Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | N.º 600081583
Certificado n.º C 001693-2023/2023

ANEXO XII - Certificado Autora de Comunicação Oral no Congresso Internacional “A Família no Epicentro da Pandemia”



CERTIFICADO

Certifica-se que,

DAYANE CARVALHO

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

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

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

Viseu, 28 de junho de 2021

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves

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

 SPESF Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar		3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade	
Certificado			
A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Joana Pinho, Inês Viseu, Dayane Carvalho, Sara Sousa, Ana Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo são autoras da comunicação oral <i>A família como parceira de cuidados - aplicabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) no contexto hospitalar</i>, apresentada por Joana Pinho no 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, que decorreu nos dias 21, 22 e 23 de outubro de 2021.			
Porto, 23 de outubro, 2021			
Vice- presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar			
(Prof. Doutora Carmen Maria Silva Andrade)			
Assinado por: Carmen Maria da Silva Madel Andrade Num. de identificação: B065681752 Data 2021.10.31 16:00:00-01'00"			
 ABEFACO Associação Brasileira de Enfermagem de Saúde Familiar		 CHAVE MÓVEL	
 AGEFEC Associação Europeia de Enfermagem de Saúde Familiar		 ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA	

ANEXO XIV - Certificado membro SPESF



Certificado

A Sociedade de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que, **Inês Portilho Bermudes Viseu** é membro desta Sociedade.

Porto, 10 de outubro, 2023

A Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malique nº 115, 2º Dt.
4450-203 Matosinhos

Prof. Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

ANEXO XV - Certificado grupo Enf.amilia, Comissão Inovação e Desenvolvimento SPESF



Certificado

A Sociedade de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que, **Inês Portilho Bermudes Viseu** integra o grupo de trabalho **Enf.amilia** pertencente à omissão - **Inovação e Desenvolvimento** desta Sociedade.

Porto, 10 de outubro, 2023

A Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Matos nº 115, 2º Dt.
4450-203 Matosinhos

Prof. Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

ANEXO XVI - Certificado de participação no Seminário "*Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida*"



Seminário

Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida.

Certificado

Certifica-se que **Inês Portilho Bermudes Viseu**, nascido(a) a 1997-08-20, de nacionalidade portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 15392611, participou no **Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"**, no dia 26 de janeiro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *misto*.

Coimbra, 26 de janeiro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Eva Menino

Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

O Presidente da ESEnfC

Guimarães

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C000695-838/2023

PROGRAMA

26 de janeiro de 2023

14:00 Abertura

Eva Menino | Professora da ESEnFC, UCP - Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária

14:15 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar: do passado ao presente e futuro

Maria Clarisse Martins Carvalho Louro | Presidente Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

Moderadora: Eva Menino | ESEnFC

14:45 Painel

International Family Nursing Association

Maria do Céu Barbieri | membro fundadora da IFNA e coordenadora do Comité da Prática

Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Maria Henriqueta Figueiredo | Presidente SPESF

Moderadora: Margarida Silva | ESEnFC

16:15 Desafios à família na Contemporaneidade

José Manuel Pinto | ESEnFC

Beatriz Xavier | ESEnFC

Marília Neves | ESEnFC

Moderadora: Eva Menino | ESEnFC

17:15 Prática baseada na evidência em torno da família como unidade de cuidados

Vivências sobre o relacionamento conjugal em famílias neurodiversas
Ana Paula Reis / 1º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

Interações familiares em famílias com adolescentes

Maria de Fátima Coelho / 1º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

Vivências de famílias com pessoas idosas dependentes: funcionalidade familiar e contributo do enfermeiro de saúde familiar

Élia Margarida do Vale / 1º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

A conjugabilidade de famílias em transição para a parentalidade

Inês Filipa Soares / 1º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

Necessidades das famílias monoparentais nas dinâmicas e na interação com os cuidados de saúde primários

Ana Teresa Quevedo Santos / 1º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

Transição para a reforma

Sónia Anjos (apresenta); Vera Cardoso; Ana Batista; Joana Santos / 2º MEC na área da Enfermagem de Saúde Familiar

Moderadora: Margarida Silva | ESEnFC

19:30 - 20:00 Encerramento



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE FAMILIAR
INSTITUTO DE INVESTIGACÃO EM SAÚDE



OBJETIVOS
DE DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL



PHI XI Choi

ANEXO XVII - Declaração de participação: “NursID Spring School 2023”

código de validação: c627e2a9ee21



NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Inês Portilho Bermudes Viseu** participou no evento **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

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

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Portugal • Tel.: 225 073 500 • Fax: 225 096 337 • esep@esenf.pt • www.esenf.pt



NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

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

Autores:

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

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

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



CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Inês Dória

Participou como preletora no workshop ABORDAGEM NARRATIVA – PRATICAR A “REALIDADE ALTERNATIVA” no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF



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



Certificado

A Sociedade de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que, **Inês Portilho Bermudes Viseu** é membro da Comissão Organizadora do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, organizado por esta Sociedade.

Porto, 10 de outubro, 2023

A Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Chaz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Prof. Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

ANEXO XXI - Certificado de Competências Pedagógicas

Anexo ao Certificado de Competências Pedagógicas n.º F739960/2023

Via Formação Pedagógica Inicial de Formadores

Curso:

Formação Pedagógica Inicial de Formadores

Concluído em 14-03-2023

Entidade formadora:

FOCO, FORMAÇÃO E CONSULTORIA, LDA
DA CEGONHEIRA
geral@efoco.pt

Duração: 90 horas

Organização: B-Learning

Avaliação final: 4 - RELEVANTE

Estrutura curricular

MÓDULO 1. FORMADOR: SISTEMA, CONTEXTOS E PERFIL

MÓDULO 2. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL

MÓDULO 3. COMUNICAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS EM FORMAÇÃO

MÓDULO 4. METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS

MÓDULO 5. OPERACIONALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO: DO PLANO À ACÇÃO

MÓDULO 6. RECURSOS DIDÁTICOS E MULTIMÉDIA

MÓDULO 7. PLATAFORMAS COLABORATIVAS DE APRENDIZAGEM

MÓDULO 8. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DAS APRENDIZAGENS

MÓDULO 9. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA FINAL

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>

Impresso em 05-10-2023



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

Não divulgue dados pessoais indevidamente. Cumpra o RGPD.



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

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

Declaração Certificado de Competências Pedagógicas

Declara-se que INÊS PORTILHO BERMUDES VISEU, nascido(a) em 20-08-1997, natural de MATOSINHOS, titular do cartão cidadão n.º 15392611, válido até 27-11-2024, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F), conforme certificado n.º F739960/2023 emitido a 19-04-2023.

Porto, 5 de outubro de 2023

Carla Vale



Carla Vale

A Delegada Regional

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>

Impresso em 05-10-2023



REPÚBLICA
PORTUGUESA
TRABALHO, SOLIDARIEDADE
E SEGURANÇA SOCIAL



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

Não divulgue dados pessoais indevidamente.
Cumpra o RGPD.

