



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

**Promoção da parentalidade positiva em famílias de
primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde
familiar**

Promotion of positive parenting in families with first-born children – Nursing
intervention in family health

Anexos e Apêndices

Débora Ferreira Sousa e Avelar

**Lisboa
2024**

ÍNDICE

ANEXOS

ANEXO I: Índice Desempenho Global da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

ANEXO II: Índice de Desempenho Global da Unidade Saúde Familiar

ANEXO III: Certificado sobre a divulgação de conhecimento na USF

ANEXO IV: Certificado de participação e comunicação

ANEXO V: Parecer favorável pela Comissão de Ética ARSLVT

ANEXO VI: Escala de Avaliação Parental

APÊNDICES

APÊNDICE I: Estudo de caso da família Maio

APÊNDICE II: Material de apoio informativo elaborado

APÊNDICE III: *Scoping Review*

APÊNDICE IV: Quadro da matriz das consultas previstas da amostra do estudo

APÊNDICE V: Dados referentes à população alvo

APÊNDICE VI: Protocolo de submissão à Comissão de Ética da ARSLVT

APÊNDICE VII: Quadros dos Indicadores de Saúde, de acordo com o MDIAF (Figueiredo 2012) e taxonomia CIPE® (2019)

APÊNDICE VIII: Resultados da avaliação inicial da escala de Avaliação Parental

APÊNDICE IX: Gráficos de distribuição da idade da figura paterna e materna

APÊNDICE X: Comparação dos resultados da avaliação inicial e final da escala de Avaliação Parental

APÊNDICE XI: Caracterização sociodemográfica da amostra

APÊNDICE XII: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, adaptado de Figueiredo (2012)

APÊNDICE XIII: Caracterização das famílias de primogênitos na dimensão estrutural

APÊNDICE XIV: Caracterização das famílias de primogênitos na dimensão desenvolvimento

APÊNDICE XV: Caracterização das famílias de primogênitos na dimensão funcional

APÊNDICE XVI: Caracterização das famílias de primogênitos, de acordo com a taxonomia CIPE®

APÊNDICE XVII: Frequências dos Diagnósticos de enfermagem, de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (2012)

APÊNDICE XVIII: Frequências dos Diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia CIPE® (2019)

APÊNDICE XIX: Plano de cuidados de enfermagem na promoção da parentalidade positiva de famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses, de acordo com MDAIF e taxonomia CIPE®

APÊNDICE XX: Quadro de intervenções de enfermagem na promoção da parentalidade positiva de famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses, com base nos resultados da *Scoping Review*

APÊNDICE XXI: Ganhos em saúde na dimensão estrutural, de acordo com MDAIF

APÊNDICE XXII: Listagem dos fatores facilitadores e inibidores na promoção da parentalidade positiva de famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses

APÊNDICE XXIII: Ganhos em saúde na dimensão desenvolvimento, de acordo com MDAIF

APÊNDICE XXIV: Ganhos em saúde na dimensão funcional, de acordo com MDAIF

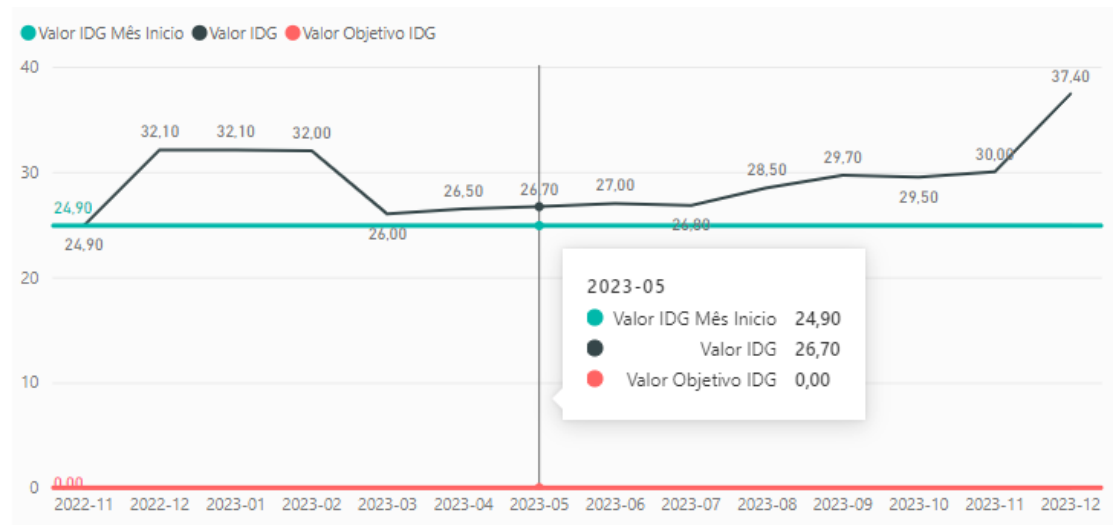
APÊNDICE XXV: Ganhos em saúde na perceção de autoeficácia parental, de acordo com a taxonomia CIPE®

ANEXOS

**ANEXO I: Índice de Desempenho Global da Unidade de Cuidados Saúde
Personalizados**

Gráfico 1

Índice de Desempenho Global da Unidade Cuidados Saúde Personalizados

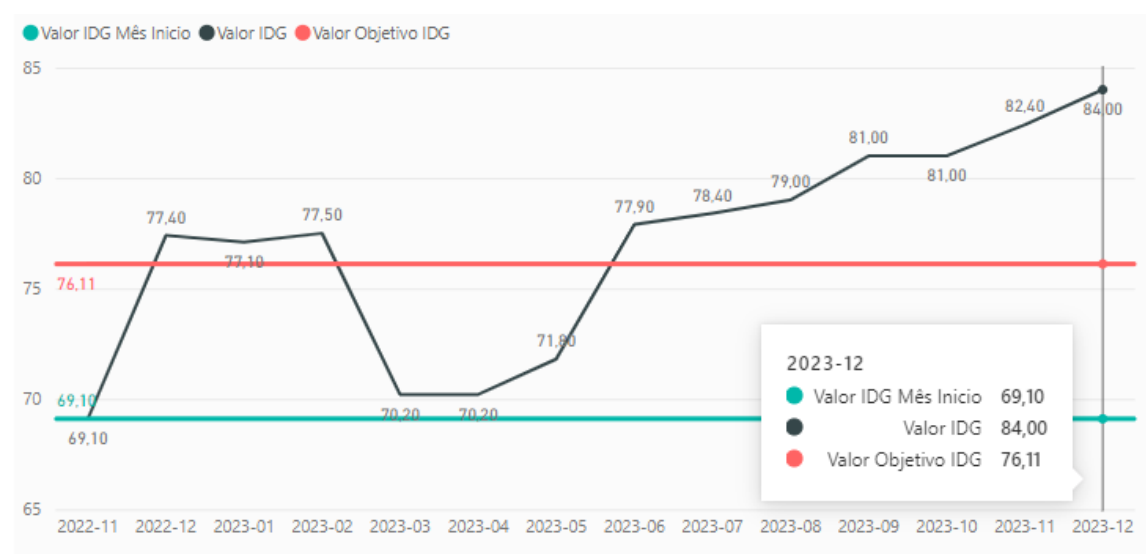


Fonte: Bilhete de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2024)

ANEXO II: Índice de Desempenho Global da Unidade Saúde Familiar

Gráfico 2

Índice de Desempenho Global da Unidade saúde Familiar



Fonte: Bilhete de Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2024)

ANEXO III: Certificado sobre a divulgação de conhecimento em Enfermagem de
Saúde Familiar na USF

CERTIFICADO

Certifico que, Débora Ferreira Sousa e Avelar, a frequentar o 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em contexto de estágio nesta Unidade de Saúde Familiar, desenvolveu um projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar intitulado por "Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção em saúde familiar", tendo realizado com sucesso a sua divulgação e apresentação em reunião da equipa multidisciplinar, em três momentos distintos:

1. Apresentação do projeto de intervenção,
2. Apresentação, discussão e aprovação do material informativo criado como estratégia de intervenção dirigida à promoção da parentalidade em famílias primogénitas, nomeadamente: "Crie uma rotina antes de dormir ... Massagem em 5 minutos, um momento especial entre si e o seu bebé!!!"
 - ✓ "Cuidados a ter com o coto umbilical do bebé"
 - ✓ "A Família cresceu ... e agora? – Dicas para promover uma parentalidade positiva",
3. Apresentação, discussão e reflexão dos resultados obtidos.



Data: 11 / 10 / 2024

(Coordenador da Unidade de Saúde Familiar)

ANEXO IV: Certificado de participação e comunicação em formato de poster no XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU



Certificado

Certifica-se que **Débora Ferreira Sousa e Avelar**, nascido(a) a 1977-02-01, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação n.º 11060872, participou no **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, no dia 15 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online.

Coimbra, 15 de maio de 2024

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Pólo A - Avenida D. Dinis 3000-079 Coimbra | Pólo B - Rua 4 de Outubro s/n - 3040-043 Coimbra | NIF 500981393
Certificado n.º 0011567-1154/2024

PROGRAMA

15 de maio de 2024

09:30 Mesa de Abertura

- Em representação da Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Vice-presidente Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo
- Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, Professor José Hermínio Gomes
- Presidente do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves
- Em representação do Presidente do Conselho Pedagógico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Hugo Leiria Neves
- Coordenador da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professor Doutor Rogério Rodrigues

10:00 A enfermagem de saúde familiar no mundo global, digital e em transformação

- Famílias no mundo digital: Padrões de utilização, ciclo de vida e dinâmica familiar
Joana Carvalho, Instituto Superior Miguel Torga
- Migrantes e refugiados em cuidados de saúde familiar: recomendações para a prática
Marta do Céu Barbieri, Associação Internacional de Enfermagem de Família
- Violências na família: novos desafios de um mundo em transformação
Susana Jorge, Unidade de Saúde Familiar Mondego

Moderação:
Mariana Andrade Neves, Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, ESEnFC

11:30 Pausa

11:45 Construção de conhecimento em enfermagem de saúde familiar: contributos do Projeto de Investigação e Ação em Saúde Familiar

Margarida Moreira da Silva, Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, ESEnFC

Moderação:
Cristina Veríssimo, Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, ESEnFC

12:30 Almoço

14:30 Comunicações Livres

16:00 Sessão encerramento

Margarida Moreira da Silva, Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, ESEnFC

Horas totais: 5 horas





Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de póster "**Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos - Intervenção de enfermagem em saúde familiar**", do(s) autor(es) Débora Ferreira Sousa e Avelar e Maria de Fátima Moreira Rodrigues, enquadrado no eixo temático *Promoção da saúde família*, foi apresentado por *Débora Ferreira Sousa e Avelar*, no âmbito do **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2024

Pe'l'A Comissão Organizadora

Professor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO V: Parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de
Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Exma. Senhora
Dr.ª Débora Sousa Avelar
davelar@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		467/CES/2024	

Assunto: Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe na reunião da secção de investigação do dia 05.01.2024, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, L.P.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, devidamente assinaladas e a documentação alterada.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
13.10.2023

Apreciação final:

O protocolo de estudo possui critérios de idoneidade científica, ética e valor social.
Foram clarificados alguns dos aspectos que necessitavam de melhor ponderação.
Nestas circunstâncias, propomos a emissão de um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

ANEXO VI: Escala de Avaliação Parental

Quadro 1

Escala de Avaliação Parental

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sinto-me constantemente criticado(a) ou avaliado(a) pelos outros no meu papel de pai/mãe.											
Sinto que faço um bom trabalho como pai/mãe.											
Os meus interesses e aptidões estão noutras áreas da minha vida, não na parentalidade.											
Considero que as decisões que tomo em relação à educação do meu bebé são as mais acertadas.											
É realmente difícil para mim decidir como educar o meu bebé.											
As exigências da parentalidade fazem-me sentir tenso(a) e angustiado(a).											
Sinto que não tenho conseguido ser o tipo de pai/mãe que gostaria											

Fonte: Farkas-klein, 2008; versão portuguesa: Nazaré & Silva, 2016

Legenda:

0 – Discordo totalmente

5 - Não concordo, nem discordo

10 – Concordo totalmente

APÊNDICES

APÊNDICE I: Estudo de caso da família Maio

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

Unidade Curricular
Estágio em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Estudo Caso

**O olhar do Enfermeiro de Família,
sobre a Família Maio**



Professora Orientadora:
Maria de Fátima Moreira Rodrigues
Orientador do Local de Estágio:
Enf^a. Especialista em Saúde Comunitária

**Lisboa
junho 2023**

INDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. Família Maio.....	6
1.1 Políticas de Saúde.....	6
1.2 Família Maio, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	7
1.3 Determinantes Sociais de Saúde e sua Influência.....	8
1.4 Avaliação Familiar.....	9
1.5 Diagnósticos de Enfermagem da Família Maio.....	18
1.6 Plano de Cuidados de Enfermagem da Família Maio.....	18
1.7 Recursos a mobilizar.....	18
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Escala de Graffar Adaptada.....	24
Apêndice II - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.....	26
Apêndice III – Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP).....	28
Apêndice IV – Escala Geriátrica de Depressão (GDS – 15).....	32
Apêndice V – APGAR Familiar Smilkstein.....	34
Apêndice VI – Escala FACES II.....	36

Apêndice VII - Risco Familiar de Segóvia	
Dreyer.....	38

Apêndice VIII – Plano de Cuidados de Enfermagem à Família	
Maio.....	40

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABV – Associação de Bombeiros Voluntários

AVD – Atividades de Vida Diárias

APA - American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COR – Teoria de Conversão de Recursos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVF – Ciclo de Vida Familiar

DGS – Direção Geral de Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

H– Hospital

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MF – Médico de Família

MMGF – Médico de Medicina Geral e Familiar

ODS – Objetivo de desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ST – Sala de Tratamento

TSS – Técnica de Serviço Social

UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

UV – Úlcera Venosa

VD – Visita Domiciliária

VLR – Relatório Voluntário Local

INTRODUÇÃO

Na Unidade Curricular “Estágio” numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Enfermagem de Saúde Familiar, englobado no 1º ano - 2º semestre, foi solicitado como momento de avaliação, para além da prestação de cuidados de enfermagem às famílias, selecionar um sistema familiar a viver situação(ões) complexa(s) e elaborar um estudo de caso. Uma família em situação complexa implica ser portadora de infinitas variáveis com infinitas conexões entre elas, influenciando e interferindo na saúde e no bem-estar do sistema familiar. Como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), usando um olhar mais amplo e um pensamento mais crítico, partindo do macro para o mais específico, deixando o singular para o mais complexo, torna-se imperioso desenvolver um conjunto de competências clínicas que permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, gerindo situações de especial complexidade, em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar. Partindo de uma visão macro, correlacionando com as políticas de saúde, internacionais e nacionais, a elaboração deste trabalho dá resposta ao objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS), 3 – “Saúde e qualidade”, cujo objetivo é “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem estar para todos em todas as idades”, contribuindo no indicador “3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis”(BCSD Portugal, 2022).

Para a concretização e orientação deste estudo de caso, foram respeitados e considerados os princípios éticos, de acordo com a declaração de Helsínquia, sendo que após o consentimento informado da família foi garantido o anonimato pela atribuição de nomes fictícios. Tracei como objetivos específicos: relacionar as políticas de saúde e os riscos de saúde familiar com as determinantes sociais e de saúde; apreciar a família nas diferentes dimensões alocados à matriz operativa Modelo Dinâmico Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012); aplicar instrumentos e técnicas de avaliação familiar; explorar os pontos fortes e problemas da família, elaborar diagnósticos de enfermagem familiar, utilizando a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2015) e o MDAIF (Figueiredo, 2012); elaborar um plano de cuidados de enfermagem personalizado; mobilizar recursos e demonstrar capacidade de pesquisa, de reflexão, de análise e de crítica, tendo por base os conteúdos abordados e as competências, comuns e específicas, do EEESF.

A sua estrutura engloba três grandes capítulos: introdução, família em situação complexa e conclusão, no capítulo correspondente ao desenvolvimento encontram-se abordados, por subcapítulos, os temas: políticas de saúde; descrição Família Maio; determinantes sociais de saúde; avaliação familiar, diagnósticos de enfermagem, plano de

cuidados de enfermagem e recursos a mobilizar perante a Família Maio. A elaboração deste trabalho teve por base o “Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa” (ESEL, 2023) Referências Bibliográficas e Citações da ESEL – Norma APA 7ª edição.

1. FAMÍLIA MAIO

1.1 Políticas de Saúde

A UCSP tem o privilégio de estar inserida num município que, em 2022, assinou uma carta de intenções com o objetivo de integrar o seu concelho na “Iniciativa Global Municípios ODS” da UN Habitat – Programa das Nações Unidas para os Povoamentos Humanos, pelo que elabora um Relatório Voluntário Local (Voluntary Local Review – VLR) no âmbito da implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), adequando à sua realidade, traçando um caminho: “garantir uma comunidade mais justa, mais digna, mais inclusiva e mais sustentável”. Perante o descrito, podemos inferir que este Município, de acordo com a sua realidade, tende a dar resposta aos ODS, saliento a ODS 11 “Cidades e comunidades sustentáveis” e a ODS 10 “Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países”. Estes ODS contribuem para os indicadores “11.a - apoiar relações económicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, periurbanas e rurais, reforçando o planeamento nacional e regional de desenvolvimento” e “10.2.1 Proporção de pessoas que vivem em agregados familiares com um rendimento inferior a 50% do rendimento mediano, por sexo, grupo etário e população com incapacidade” por forma que a contribuir para a meta 10.2 “Até 2030, capacitar e promover a inclusão social, económica e política de todos, independentemente da idade, género, incapacidade, etnia, origem, religião, condição económica ou outra” (BCSD Portugal, 2022). Esta Câmara Municipal, com base nos ODS descritos, apresenta, em termos de ação social, várias estratégias no combate às desigualdades, nomeadamente, com a implementação dos Programas: cartão abem – rede solidária do medicamento, que visa garantir o acesso a medicamentos comparticipados pelo SNS e prescritos por receita médica, por parte de qualquer munícipe que se encontre em situação de carência económica; o cartão +Família, que tem como objetivo proporcionar a todos os munícipes em situação de carência económica e/ou integrados em agregados familiares numerosos o acesso a benefícios na aquisição de bens e serviços, existindo uma listagem dos mesmos, como exemplo descontos em clínicas dentárias e doação de bens (AjuDAR) como resposta de receção e atribuição de géneros alimentares e bens novos ou usados, nomeadamente, peças de vestuário, acessórios e calçado, têxteis para lar, artigos para bebé, brinquedos e material didático e produtos a cidadãos em situação de vulnerabilidade económica e/ou social.

Segundo o BI dos Indicadores (DGS, 2023) os utentes inscritos na UCSP correspondem a 14.889, dos quais 7.082 são homens e 7.807 mulheres; trata-se maioritariamente de uma população ativa, cuja faixa etária que se destaca com maior número de utentes é a dos 45 – 49 anos, sendo precisamente de 706 homens e 761 mulheres. Esta população de utentes inscritos apresenta um índice de dependência significativo de 52.11%, que corresponde 26,16% para os jovens e os restantes 25,95% para os idosos. É importante referir que a população idosa (≥ 65 anos) perfaz um total de 2540, sendo respetivamente 1415 mulheres e 1125 homens. Deste total de utentes inscritos existiam 12.876 com médico atribuído e restantes 1.912 sem médico de família. Dados recentes (DGS), tendo em atenção o momento que se experimenta de carência de MMGF, referem uma população inscrita total de 16.880 utentes (DGS, janeiro 2023), sendo que 14.474 utentes são frequentadores. Destes, 9.280 utentes têm atribuído médico de família e os restantes, 5.194 utentes, encontram-se sem atribuição de médico de família, o que imprime a necessidade premente de MMGF. É importante referir que a autarquia local, considerando que o acesso à saúde é um direito determinante da qualidade de vida dos cidadãos, implementou um plano de incentivos à fixação de médicos nas suas unidades de saúde conforme publicado no Diário da República de modo a combater a carência de profissionais de MMGF. A Família Maio, até ao atual momento, encaixa-se nos utentes com médico de família atribuído, no entanto prevê-se a sua reforma em breve.

A política de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS), sobre o transporte não urgente de doentes, assegura os encargos mediante prescrição médica justificada pela situação clínica e obedecendo ao critério do utente em situação de insuficiência económica, o que corrobora com a situação específica do Sr. Maio, quer pela isenção por insuficiência económica, quer pela sua condição clínica incapacitante resultante de sequelas motoras de doença vasculares, condições específicas enumeradas no Diário da República n.º 94/2012, 1º Suplemento, Série I de 2021-05-15.

Todas as políticas e os indicadores acima identificados relacionam-se com a Família Maio a qual me propus estudar, considerando a família como uma unidade de análise central na compreensão das relações dos indivíduos em situações complexas, torna-se crucial que o EEESF “considere a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas” (OE, 2018), bem como “gerir, articular e mobilizar os recursos necessários á prestação de cuidados” perante a complexidade que a família Maio vivência. Torna-se imperioso a avaliação e consequente intervenção pelo EEESF (OE, 2018), numa perspetiva de maximizar o seu melhor bem-estar familiar. Esta complexidade deve-se ao facto da presença de numerosas variáveis, que se influenciam e interrelacionam, interferindo com a saúde e bem-estar da família.

1.2 Família Maio, em contexto Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A pessoa índice, Sr. Maio, é utente frequentador da UCSP, em contexto de sala de tratamento por situação de úlcera venosa (UV) desde 2015. Desloca-se à UCSP, três vezes na semana para realização de tratamento. Beneficia de direitos inerentes ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), no que diz respeito ao usufruto de transporte gratuito para se deslocar à UCSP e a outras consultas hospitalares, através da Associação de Bombeiros Voluntários (ABV) da área de residência, solicitado e prescrito pela sua Médica de Família (MF), este direito deve-se ao fato de lhe ter sido atribuído isenção por insuficiência económica.

A Família Maio é uma família constituída pelo Sr. Maio, de 67 anos, reformado há 3 anos e pela Sra. Abril, de 64 anos, que efetua trabalhos de limpeza e higiene em duas residências particulares, dois dias na semana, casados desde 1979. O casal Maio têm habitação própria e tiveram três filhas (a Junho, a Julho e a Agosto), todas residentes junto dos pais em casas próprias, com exceção da filha Agosto que ainda reside com os seus pais. Todo este espaço, “tipo quinta”, era do pai do Sr. Maio, cujas diferentes casas/anexos foram distribuídas pelas duas filhas. A filha Junho, separada do companheiro, tem o filho Janeiro, com 20 anos, recentemente a residir em Bruxelas, que segundo o seu avô Maio, foi uma ida repentina e estranha em combinação com o patrão do seu neto, verbalizando “vamos lá ver o que vem por aí...a qualquer momento estamos á espera de outras notícias...” sic Sr. Maio. Refere ainda que o seu neto Janeiro sempre foi um menino de temperamento difícil, com insucesso escolar, com comportamentos aditivos e que inclusive esteve institucionalizado. A segunda filha, a Julho, está casada, vive com o seu cônjuge e têm dois filhos, o filho Setembro e o Outubro. A filha Agosto, terceira filha do casal, tem uma filha, a Março, fruto de um relacionamento casual, não existindo qualquer relacionamento com o seu progenitor.

Em sala de tratamento, Sr. Maio apresenta-se com barba por desfazer, roupa pouco cuidada e repetitiva, calçado gasto, sem palmilhas e húmido por repasse de exsudado provocado pela presença da UV crónica. É independente nas suas atividades de vida diárias (AVD) no entanto desloca-se com apoio de duas canadianas. Esta UV, situada no terço inferior lateral externo do membro inferior direito, é extensa e profunda, de forma oval, com cerca de 10x8 cm, presença de 70% de tecido granulação e restantes 30% de tecido fibrinoso. Apresenta ainda uma lesão ulcerada na região mediana da planta do pé direito, exuberante, forma redonda, com cerca de 3cm de diâmetro, presença de 100% tecido em hipergranulação, de difícil cicatrização devido á uma alteração postural (deformação/tumefação) por sequela de antigo acidente em 2014. Realiza tratamento com solução para limpeza composta por betaína e polihexanida, hidrogel, hidrofibra com prata e ligadura de curta tração. No membro inferior esquerdo, apresenta pequena lesão na face antero-lateral externa do pé, com formato oval, cerca de 1x0,5 cm, presença de 100% de tecido desvitalizado. Realiza tratamento com oxido de zinco na região perilesional e aplicação de compressas parafinada impregnada em iodopovidona. Tem sido negociado com o Sr. Maio que, nos dias de tratamento, remove penso

anterior e procede à higiene dos membros, coloca compressas esterilizadas e desloca-se à UCSP para a realização do tratamento. Tem como antecedentes pessoais: obesidade mórbida, seguido em consulta de gastroenterologia no Hospital 1 (H1), por gastropastia em janeiro 2019 (perda de 55kgs, atualmente com 123 kg); diabetes mellitus tipo II insulino-tratado diagnosticado em 2013 (controlado Hba1c 6%), seguido pela endocrinologia (H1); seguido pela cirurgia geral no Hospital 2 pela presença da UV crónica, seguido em estomatologia no Hospital 3 por caries dentárias (necessita de prótese dentaria - ausência de dentição) e seguido em oftalmologia no H1 por cataratas e retinopatia diabética, já submetido a intervenção cirúrgica com sucesso.

1.3 Determinantes Sociais de Saúde relacionados com a Família Maio

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) conforme citado por Buss & Filho (2007, p. 78) os determinantes sociais de saúde (DSS) “são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”, Nancy Krieger (2001) citada pelos mesmos autores acrescenta á definição o conceito de intervenção, “ao defini-los como fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação”. As relações entre os determinantes sociais de saúde e saúde, cujo o seu conflito acarreta efeitos no biológico e no social do processo saúde-doença quer do individuo quer da sua família. O Modelo de Dahlgren e Whitehead, citado por Buss & Filho (2007, p. 83), hierarquiza os determinantes sociais de saúde em cinco diferentes camadas, inicia com os microdeterminantes onde se enquadra os determinantes de saúde individuais e finaliza com os macrodeterminantes relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade que influenciam as restantes camadas.

A Família Maio encontra-se sob influência dos determinantes sociais de saúde: condições socioeconómicas, por escassez económica; serviços sociais de saúde, pelo apoio médico e de enfermagem da UCSP; pelo apoio da TSS da URAP na efetivação dos apoios de ação social, pela Instituição da Misericórdia que lhes faculta bens alimentares e pela AVB no que se refere ao transporte para cuidados de saúde nos diferentes serviços de saúde e pelo seu ambiente doméstico. Estes determinantes influenciam grandemente os determinantes de saúde individual/familiar, designadamente os fatores individuais, que são essenciais para identificar que indivíduos, no seio de um grupo, estão expostos a maior risco sobre o seu potencial e suas condições de saúde, dando como exemplo as características individuais (idade, sexo, fatores genéticos). O Sr. Maio é o membro da família mais vulnerável pela presença de múltiplas co-morbididades que potenciam uma maior fragilidade pela exposição ao risco dos determinantes de saúde: idade, obesidade mórbida, diabetes, mudanças no seu estilo de vida, presença de UV e risco de stress psicológico. Neste caso, podemos inferir que alguns dos determinantes sociais de saúde, elencados anteriormente, estão a influenciar favoravelmente os determinantes de saúde individuais e do sistema

familiar, contribuindo para minimizar danos maiores no processo de saúde-doença do Sr. Maio e no funcionamento deste sistema familiar.

Portanto, é função do EEESF prestar os melhores cuidados desenvolvendo o processo de cuidados de enfermagem ao longo do tempo, no constructo do melhor bem-estar possível para esta Família que se encontra na transição entre etapas do ciclo de vida familiar e sob influência de vários determinantes. Este processo de enfermagem deve ser assente numa relação terapêutica, de proximidade, confiança e empatia; requerendo uma apreciação familiar, através da aplicação de instrumentos e técnicas de avaliação familiar para explorar os pontos fortes e problemas da Família Maio; permitindo identificar diagnósticos de enfermagem atempados, priorizados e negociados em parceria com a família; conduzindo ao planeamento de intervenções e avaliação de resultados no intuito de potenciar o possível bem estar da família Maio. Tal como nos refere Hanson (2005), a recolha de dados permite diagnosticar e tratar de problemas existentes, e a avaliação de resultados analisa o sucesso da intervenção.

1.4 Avaliação da Familiar

Tal como nos refere Rodrigues & Cardoso (2022, p. 34). “a análise do processo de cuidar da família selecionada pretende descolar de uma abordagem centrada na pessoa que procura os cuidados de enfermagem, para se centrar inicialmente na família como contexto dos cuidados e posteriormente evoluir para a perspetiva de cuidar da família como cliente”, foi através da pessoa índice e abordando numa perspetiva de EEESF, conseguimos explorar, investigar e conhecer não só o nosso cliente, mas também integrar e cuidar a Família. Neste momento a Família Maio experiência várias transições no seu ciclo vital, relembrando a teoria de medio alcance das transições de Meleis (1997), encontramos presentes as transições: de **desenvolvimento**, consideramos que se situa na transição da 5ª para a 6ª etapa do ciclo vital familiar porque existem tarefas ainda não cumpridas na 5ª etapa e outras já cumpridas da etapa seguinte; **situacionais**, na medida em que ao subsistema casal é ainda “exigido” assumir os papéis de pais, mas também de avós, por se tratar de uma família trigeracional devido à existência da neta Março no seu agregado; na **saúde-doença**, porque implica mudanças de papéis e comportamentos do Sr. Maio pela presença de várias co-morbilidades, que influenciam o seu estado de bem estar, originando no seu estado de cronicidade, um contínuo reajuste para um novo estado de bem estar (Santos et al; 2015). Trata-se de uma família vulnerável por se encontrar exposta a vários riscos, o que pode potenciar a descompensação e/ou o aparecimento de doença bem como desorganização funcional no sistema familiar.

Cabe ao EEESF, como principal agente facilitador do processo de transição da família Maio, intervir “sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano das mesmas” tal como refere Santos et al (2015; p. 162), preparando e informando o sistema familiar Maio

sobre a aquisição de novas competências e habilidades relacionadas com a experiência das diferentes transições que lhes estão a ser exigidas neste momento do ciclo vital. Para apreciar a Família Maio, no seu percurso evolutivo e de desenvolvimento familiar, escolhi a metodologia do processo de enfermagem, ancorado MDAIF (Figueiredo,2012). Alocado á sua matriz operativa, emergem como áreas de atenção a dimensão estrutural, do desenvolvimento e funcional.

⇒ Áreas de atenção na dimensão Estrutural

Composição Familiar - Os dados obtidos em relação aos antecedentes e descendentes do sistema familiar foram obtidos através da entrevista ao Sr. Maio, em contexto de sala de tratamentos, em articulação com a equipa de enfermagem, sua médica de família e técnica de segurança social e ainda complementados com consulta do processo clínico no sistema informático Sclinico. Posteriormente, foi negociado e validado com o Sr. Maio, a programação de uma visita domiciliária no sentido de permitir uma maior privacidade, conhecer a sua família e em espacial a sua neta Março de que tanto fala e elogia. O acompanhamento “in loco” da sua situação de saúde e da sua família, privilegia uma maior proximidade e enriquece a etapa de colheita de dados do processo de cuidados em enfermagem Tudo isto permitiu avaliar a estrutura interna e externa da Família Maio, cuja sua composição se encontra representada na Figura 1.

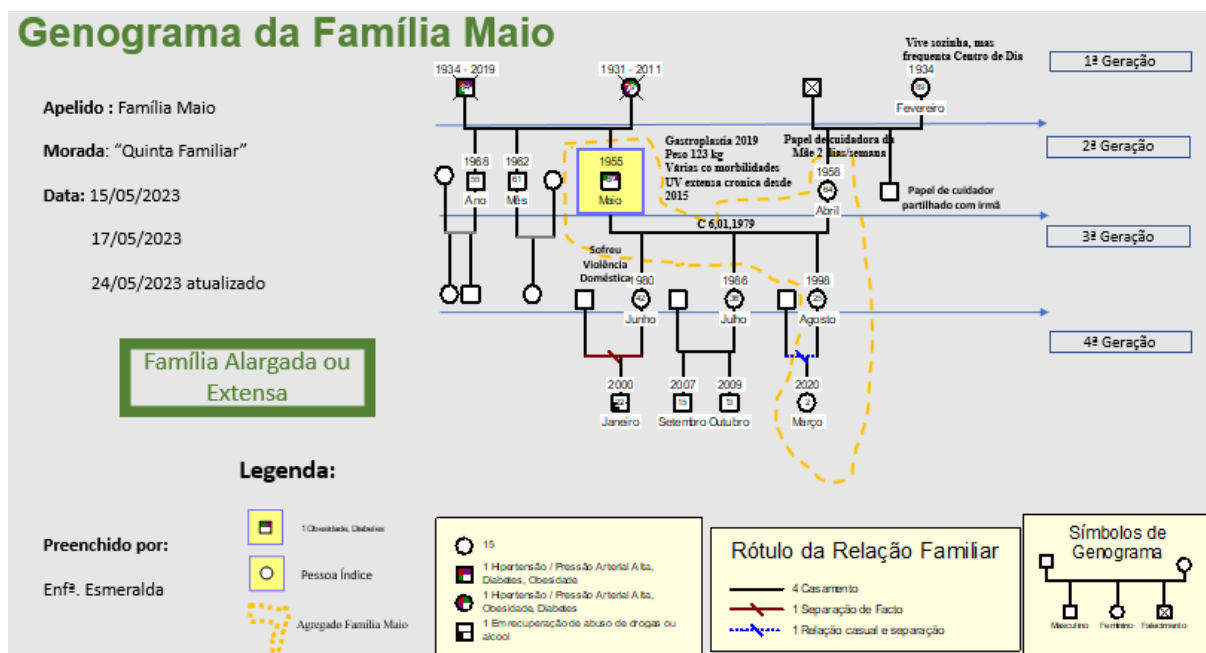


Figura 1 – Genograma da Família Maio

Tipo de família: Segundo Caniço et al (2010), uma Família Alargada ou extensa é uma família em que “co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor (es) e/ou filho (s), pelo que podemos considerar a família Maio uma família alargada, visto que residem pais, filha e neta na mesma habitação.

para além de doméstica e avó, também assume o papel de cuidadora da sua mãe em articulação com um dos seus irmãos.

Edifício Residencial: localizada em centro urbano, mas resguardada, identificada como uma quinta com várias casas e anexos, tendo sido herdada e repartida pelo Sr. Maio e sua fratria. Existem habitações de 1º e 2º andar e anexos que permitiram à família Maio reorganizar espaços e ceder abrigo às suas duas filhas, Junho e Julho, com o seu respetivo agregado familiar. A habitação do agregado do Sr. Maio é um T2, com espaços reduzidos e pouco cuidada higienicamente, situa-se num rés-do-chão de uma moradia de dois andares. Apesar de ser um rés-do-chão apresenta como barreira arquitetónica um degrau de altura significativa, tendo em atenção que o Sr. Maio se desloca com apoio de duas canadianas. A casa de banho fica dentro da habitação. Não existem tapetes espalhados pela casa.

Sistema de abastecimento de água: possui sistema de abastecimento de água de rede privada (poço), usando a água para consumo humano. Quando questionado sobre o controle da qualidade da água referem que se trata de água salubre (sic Sr. Maio).

Animal Doméstico: possuem 2 animais domésticos, cães, aparentemente bem cuidados, que se encontram em espaços próprios e estão vacinados e desparasitados, segundo foi referido pelo Sr. Maio.

⇒ **Áreas de atenção na dimensão de Desenvolvimento**

Etapas do Ciclo Vital Familiar (CVF): A família é um espaço privado onde acontecem relações espontâneas entre os seus membros, “escrevendo” a história de cada pessoa ao longo do tempo. O ciclo de vida de cada pessoa desenvolve-se no seio do ciclo de vida familiar, durante este percurso surgem várias etapas do ciclo vital familiar que se tornam num desafio para o desenvolvimento de todo o sistema familiar. Estas etapas do desenvolvimento familiar encontram-se dependentes dos diferentes padrões de organização e das diversas formas de interação entre os seus respetivos membros. Assim sendo, torna-se importante compreender o modo como a família vivencia e supera a etapa do ciclo vital familiar que se encontra, por forma a identificar as dificuldades sentidas no sistema familiar e contribuir para a compreensão e na procura de intervenções que potenciem o seu desenvolvimento e respetivas mudanças. Com base nas autoras, Carter & McGoldrick (2001), o sistema familiar Maio encontra-se em transição entre a 5ª etapa, lançando os filhos e seguindo em frente, e a 6ª etapa, famílias no estágio tardio de vida, visto que a pessoa índice e sua esposa apresentam algumas tarefas específicas de cada uma das etapas. Especificamente, o fato do Sr. Maio ser considerado um cônjuge idoso, estar reformado desde 2020, ser portador de comorbilidades que acrescendo o declínio fisiológico do próprio envelhecimento implicam lidar com dificuldades e incapacidades. Apesar da sua autonomia, o Sr. Maio, não deixa de ser uma pessoa vulnerável e de elevado risco na diminuição progressiva da mesma. Por outro lado, temos o casal Maio a experienciar novos papéis familiares, como os de serem avós e

sogros. Refletindo sobre a 5ª etapa, que implica a aceitação de entradas e saídas no sistema família, podemos identificar algumas mudanças de segunda ordem necessárias para ocorrer o desenvolvimento “saúdável” e que no momento, ainda não se verificaram neste status familiar, como por exemplo: a renegociação do sistema conjugal como uma díade, que ainda se encontra “adormecida” devido á presença da sua filha Agosto e neta Março no sistema familiar; o desenvolvimento de relacionamentos adulto-adulto entre os filhos crescidos e o casal Maio, que está comprometido pela incapacidade financeira da filha Agosto, devido ao fato de ser Mãe e não ter qualquer relacionamento e ajuda por parte do progenitor da sua filha Março; o realinhamento de relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos, porém na família Maio, a sua filha Agosto nunca saiu de casa, mas teve um “realinhamento casual, atualmente inexistente”, com uma pessoa do qual nasce a neta Março, ambas a residir com o casal Maio e por último, a mudança no lidar com incapacidades e morte dos pais aparentemente ainda sem grande expressão, pelo fato do Sr. Maio ser autónomo, apesar das suas co-morbilidades, e a Sra. Abril ter 64 anos e encontrar-se ativa sem antecedentes pessoais comprometedores, até ao momento, no seu processo saúde-doença. A família Maio encontra-se perante o constructo de uma transição entre etapas, facto que aumenta a sua vulnerabilidade e potencia o aparecimento de fatores stressores, fazendo emergir a necessidade de intervenção antecipatória na preparação e orientação de tarefas e mudanças, de modo a que consigam ultrapassar, o melhor possível, a concretização das mudanças de status que estas etapas exigem. Cabe ao enfermeiro de família, um olhar atento e um agir por forma a ajudar os membros da família a se reorganizarem e reestruturarem, através de recursos internos e/ou externos para o desenvolvimento possível das respetivas mudanças de status para e com esta família (Carter & McGoldrick, 2001). Intervindo antecipadamente, conseguimos capacitar a família com estratégias e mobilização de recursos que facilitem a transição seguinte (Figueiredo, 2022; p.3). Com base no CVF, compreendemos em que fase(s) transacional se encontra esta família, competindo ao enfermeiro de família avaliar o desempenho das tarefas desenvolvimentais prioritárias e correspondentes a esta(s) etapa(s). Com a aplicação da psicofigura de Mitchel, “permitiu-nos explorar os laços emocionais existentes na família, sendo por isso particularmente interessante o seu esboço” (Figueiredo, 2022, p.117). Na perspetiva do Sr. Maio e Sra. Abril, as relações entre os membros da família são compreendidas de acordo com a Figura 3.

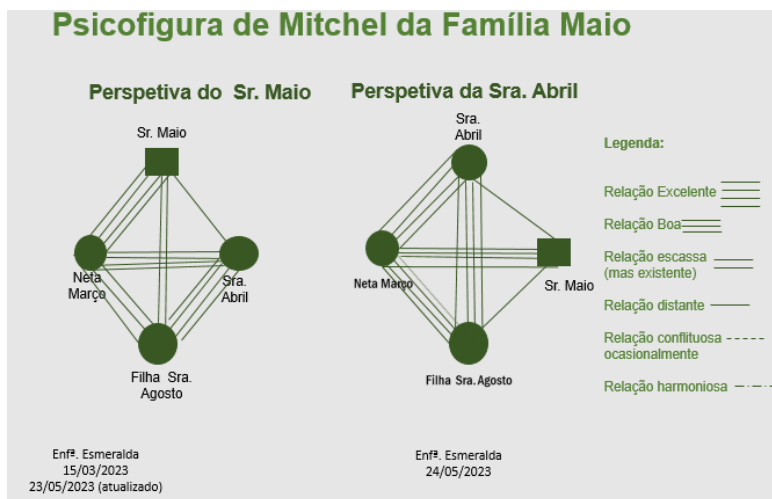


Fig. 3 –Psicofigura de Mitchel-Família Maio

A situação “inibidora” das relações deste sistema familiar prendem-se com a relação distante sentida por ambos os cônjuges, trata-se de uma percepção mútua. O subsistema conjugal transmite, de certa forma, um distanciamento, apesar de construírem vida em comum e contribuírem para o bem estar possível do sistema familiar e sistema mais extenso. Percebemos claramente que a relação avós/neta é muito intensa e presente, pelo que é um contributo no bem estar psicológico para ambos os avós. Já a perspetiva sobre a relação materna da Sra. Abril para com a filha Agosto como excelente, não acontece na perspetiva do Sr. Maio, pois identifica a relação paterna escassa, o que incute uma união de cumplicidade pela existência de laços muito fortes e de maior proximidade na relação Sra. Abril/filha. A relação entre filha e neta é percebida pelo casal Maio, como muito próxima e com laços afetivos significativos, mesmo com a ausência da figura paterna /biológica.

Tendo em atenção ao cenário descrito a **satisfação conjugal não está mantida**, temos as dimensões de relação dinâmica e comunicação do casal comprometidas e identificadas como prioritárias. A insatisfação na relação conjugal encontra-se associada às alterações dos processos de conjugalidade ao longo da vida como casal, fruto da adaptabilidade às várias transições por parte dos seus membros, mas também face à gestão das pressões internas e externas dos outros subsistemas. Na família Maio, emerge um sentimento de não partilha e inclusivé afastamento na relação conjugal, verbalizado pelo Sr. Maio “não existe um carinho (...) não sou perdido nem achado, parece que estou a falar para uma parede” sic o próprio. Denota-se uma ausência na partilha de responsabilidades e na possibilidade de expressar desconfortos, sentimentos e emoções de ambas as partes. O padrão de comunicação influencia abruptamente a satisfação conjugal, sendo o diálogo essencial por forma a que o casal expresse os sentimentos em situações de maior stress conduzindo a uma diminuição da irritabilidade fácil, de discordias e conflitos, tornando-se assim numa comunicação mais eficaz, minimizando sintomas “malignos” no subsistema conjugal. Está família não está a ter um padrão de comunicação entre o casal eficaz, pelo que é imperioso cuidados antecipatórios e estratégias de intervenção que ajudem a minimizar

esta problemática, por parte do enfermeiro de família. São competências do EEESF, identificar áreas de atenção e agir antecipatóriamente, evitando o caos familiar, nesta situação é necessário desenvolver com a família formas de resolver discórdias, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar, implicando também a articulação e referenciação para outros profissionais de saúde caso exista permissão do indivíduo/família.

⇒ **Áreas de atenção na dimensão Funcional**

Mediante as informações anteriormente descritas, a Família Maio encontra-se a vivenciar várias transições em simultâneo e que se manifestam na **disfuncionalidade no seu processo funcional**. Com a aplicação da **Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe**, que correlaciona “as situações de stress/crise e o possível aparecimento de doenças psicossomáticas, dependendo do tipo, quantidade e intensidade dos acontecimentos a que um dado indivíduo está submetido” tal como nos referem os autores Holmes & Rahe (1967) conforme citado por Figueiredo (2012, p.19), permitiu perceber que um score de 173 pontos conduz a 50% de probabilidades de originar um problema de saúde num futuro próximo, a menos que se adote medidas preventivas contra os acontecimentos ou fatores stressores que a família Maio se encontra exposta, tais como: problema sexual verbalizado pelo Sr. Maio, quer pelo seu processo saúde-doença quer pela dinâmica conjugal; situação de insuficiência económica, pelo benefício das ajudas de ação social atribuídas, direito ao transporte de doentes não urgentes gratuito pelo SNS e por verbalização do casal acerca da dificuldade em gerir as despesas; dificuldades com familiares do cônjuge, especificamente com a sogra, exigindo da Sra. Abril o papel de cuidadora da mãe e por último, a situação de alteração de hábitos pessoais, quer da Sra. Abril e do Sr. Maio, acrescendo ao Sr. Maio a mudança de hábitos de sono, com necessidade de medicação diária (Apêndice II). Conhecendo os antecedentes pessoais do Sr. Maio, relacionados com os diagnósticos médicos de sensação de depressão, perturbação depressiva, sensação de ansiedade/nervosismo/tensão e recentemente perturbação do sono foi aplicada a **Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)** por forma a avaliar objetivamente o seu bem-estar psicológico. Este bem estar psicológico “é um construto que emerge da teoria psicológica a respeito do funcionamento positivo ou ótimo (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995)” conforme citado por Machado & Bandeira (2010, p. 33). Este construto envolve 6 dimensões sendo elas: relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, crescimento pessoal, propósito na vida e auto-aceitação. Após auto-preenchimento da escala pelo próprio, podemos aferir que a única dimensão que apresentou onde os scores altos e baixos se equipararam, foi a do domínio do ambiente, pois todas as outras dimensões enquadram-se em altos scores. (Apêndice III) Assim, poderemos inferir que o Sr. Maio apresenta uma maior vulnerabilidade na dificuldade em exercer atividades do seu quotidiano, sentir-se incapaz de modificar e otimizar o seu ambiente e estar indiferente às

oportunidades, conforme é descrito na definição operacional desta dimensão, para scores baixos. Este achado vem potencializar a fragilidade e a vulnerabilidade do Sr. Maio no despolar de doenças do foro psicológico, como já foi alvo num passado recente. Perante este contexto, considerei importante aplicar a **Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15)** – versão curta, que permite avaliar o estado afetivo no último ano, sendo utilizada para rastreio da depressão, avalia aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão do idoso. A sua aplicabilidade assenta em situações de risco, de idosos com idade superior a 65 anos, com pluripatologia, doença crónica e diminuição da funcionalidade. Tudo isto, corrobora com a situação do Sr. Maio, pelo que após aplicação obteve-se um score de 6 pontos, correspondendo a depressão ligeira (Apêndice IV). Esta situação foi abordada com o Sr. Maio, mas também com a sua esposa, em contexto de visita domiciliária, foram explicados quais os sinais de alarme e apelou-se à sua percepção precoce, de forma a evitar uma evolução desfavorável em ambos os membros do casal. Foi disponibilizado apoio emocional, informados sobre a possibilidade de terem apoio pela médica de família e apoio psicológico pela URAP (Enfermeira especialista em Saúde Mental e/ ou Psicólogo). Perante este risco de evolução de doença foram articulados cuidados com a MF e equipa de enfermagem, no sentido de vigiar e dar continuidade aos cuidados inerentes, tendo em atenção a evolução e negociação com o próprio casal. Uma outra escala usada para avaliar o funcionamento familiar foi a **APGAR Familiar de Smilkstein**, tendo sido aplicada ao subsistema conjugal, de acordo com a percepção do Sr. Maio e da Sra. Abril e tendo como foco os parâmetros básicos da função familiar, adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão, ambos consideram-se enquadrar-se nos scores mais baixos, especificamente 3 pontos para a Sra. Abril e 2 pontos para o Sr. Maio, o que lhes conferiu um status de família com disfunção acentuada. (Apêndice V). Segundo Li, (2023, p.2), “o funcionamento familiar é descrito como o quão bem os membros da família se comunicam, cumprem as responsabilidades familiares, aceitam as rotinas familiares e lidam e se ajustam ao estresse familiar (Zhang, 2018)”, reportando à situação da Família Maio, a dimensão funcional encontra-se prejudicada pela **comunicação familiar não eficaz**. Na relação interativa entre o casal existe um “bloqueio” na dimensão da comunicação emocional, pela omissão verbal e atitudes não verbais, relativamente à aceitação e ao modo de expressão dos sentimentos de cada membro. Esta **comunicação emocional não eficaz** foi manifestada verbalmente pelo Sr. Maio através da frase “não existe uma palavra, um carinho” sic o próprio. O que reflete uma **comunicação verbal, não verbal e circular ineficaz** entre o casal, as mensagens duplas (pouco claras) e criticismos; as atitudes não são percebidas e/ou mal interpretadas e o espaço disponível para esclarecimento e exposição de sentimentos não suficiente, enquadrar-se como capacidades negativas que dificultam a capacidade da família partilhar os seus sentimentos (Figueiredo, 2012). Pelo que é competência do EEESF “integrar informação adicional de várias fontes, incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal” (OE, 2018, p. 19357).

Considerando a dimensão operativa **coping familiar não eficaz**, identifico a Sra. Abril como a “gestora” das estratégias de solução dos problemas familiares, no entanto, existe atualmente da parte do Sr. Maio a necessidade de ser escutado, maximizando a intenção e o seu contributo nessas mesmas soluções, referindo que na maioria delas não se sente como parte envolvida nas tomadas de decisão. Ao longo de seu ciclo vital, a família Maio, demonstrou experiências anteriores em que recorreram a estratégias familiares adaptativas para responderem a situações de grande complexidade, especificamente: a violência doméstica vivenciada pela sua filha Junho; o insucesso escolar, comportamentos aditivos (consumo de drogas), a institucionalização não benéfica e o medo constante de que algo possa vir a acontecer em relação ao neto Janeiro; a situação de uma dívida financeira em 2014, a morte do pai do Sr. Maio que era o patriarca da família extensa e o nascimento da neta Março de um relacionamento casual da filha Agosto. Compete ao enfermeiro de família identificar e analisar na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio e influenciando as mudanças. (OE, 2018). A micro equipa da USF (Enfermeiro e Médico de Família), conhecendo a situação de complexidade da família Maio, têm ajustado e desenvolvido um plano de cuidados individualizado e abrangente, com base no processo de saúde-doença integrando os determinantes sociais de saúde (desde os micro aos macro determinantes), proporcionando o melhor bem-estar familiar Maio. Porém e tratando-se de uma família em situação de complexidade, a probabilidade de novas crises familiares poderão surgir o que implica uma continua apreciação e reajustes nos cuidados de saúde prestados à família Maio, a curto e longo prazo, exigindo dos profissionais de saúde uma continuidade de cuidados assente nas intervenções antecipatórias e efetivas. Consideramos a **interação de papéis familiares não eficaz e não consensual**, no que diz respeito ao papel de gestão financeira há uma separação de despesas, o Sr. Maio gere as despesas inerentes à economia doméstica (eletricidade, telecomunicações ...) e relativamente ao vencimento auferido pela sua esposa verbaliza: - “o dinheiro da minha esposa nem o vejo” sic o próprio. Perante o cenário descrito e tendo em atenção a proximidade física existente e a não envolvência emocional entre todos os elementos, poderá ser uma hipótese sistémica a ausência do desempenho do papel recreativo no seio familiar, implicando intervenções que explorem e identifiquem estratégias de rituais familiares. No que diz respeito à **relação dinâmica disfuncional**, na dimensão operativa influência e o poder, podemos identificar que é disfuncional na medida em que existe uma insatisfação do Sr. Maio em relação à sua influência e poder no comportamento dos outros, verbalizando: - “a minha opinião pouco importa” sic o próprio. Outro fato inibidor da dinâmica familiar, prende-se com a aliança e união entre a Sra. Abril e a filha Agosto, despoletando no Sr. Maio um sentimento de exclusão perante tomadas de decisão centradas na relação esposa/filha. Com a aplicação da **Escala FACES II**, alocado ao Modelo Circumplexo (MC) desenvolvido por Olson (1991) as auto-respostas do Sr. Maio e Sra. Abril,

permitiu-nos explorar o funcionamento familiar segundo o eixo da coesão familiar (mede a vinculação emocional dos elementos da família) e a adaptabilidade familiar (mede a permissão da família para fazer mudanças ou até que ponto é caracterizada esta estabilidade). Olson (1991), citado por Figueiredo (2012, p. 30) reformulou o MC e integrou a comunicação como elemento facilitador das mudanças no sistema familiar, que nesta família também é uma dimensão “carente” e de dificuldade familiar, maximizando a disfuncionalidade funcional da Família Maio. Analisando a percepção de cada membro do casal Maio, a Sra. Abril percebe a sua família em termos de coesão, separada e o Sr. Maio desmembrada. As famílias que encontram níveis extremos como o desmembrado, são identificadas como problemáticas, em que cada membro realiza as suas atividades com o mínimo de ligação e de compromisso com a família traduzindo-se numa estrutura familiar rígida, tal como no refere Olson (1998) conforme citado por Figueiredo (2012, p. 21). Evidencia-se a necessidade de potenciar a mudança e a capacidade para essa mudança de forma a manter o possível equilíbrio da família Maio. Em relação à dimensão da adaptabilidade, ambos obtiveram como resultado a classificação flexível que se enquadra num nível central, contribuindo para um melhor funcionamento familiar, o que favorece a família Maio. Com estes resultados e neste momento estamos perante uma família moderadamente equilibrada. (Apêndice VI). Relativamente ao **Risco Familiar**, segundo **Segóvia Dreyer**, a família Maio apresenta um risco igual a 3, portanto, corresponde a médio risco pela presença dos itens: morbilidade crónica e APGAR familiar igual a 3. (Apêndice VII)

1.5 Plano de cuidados da Família Maio

O processo de cuidados de saúde de enfermagem à Família obedece a várias etapas, sendo que após a recolha de dados e da sua análise, identificando pontos fortes e seus problemas, segue-se a negociação, validação e priorização dos processos de mudanças com a família, conduzindo para a etapa seguinte, elaboração de diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos foram elaborados, com base na taxonomia CIPE, (2015) e MDAIF (2012). Encontram-se divididos pelas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, os quais exponho em plano de cuidados à Família Maio, remetendo para apêndice. (Apêndice VIII)

Dando continuidade ao processo de enfermagem, após recolha de dados, sua análise, identificação e priorização de diagnósticos validados com a família, surge a etapa do planeamento, onde se insere a redação do plano de cuidados individualizado para a Família Maio. Yura e Walsh (1988), conforme citados por Hanson (2005; p.166) referem o plano de cuidados como “um esquema de ação, que indica o caminho a seguir na implementação do plano e fornece a estrutura para uma avaliação de resultados”. Alocado à matriz operativa do MDAIF de Figueiredo (2012), que permitiu: a apreciação familiar; a aplicação de técnicas e instrumentos de avaliação e risco familiar e a identificação e priorização de diagnósticos,

tornou-se exequível a elaboração de um plano de cuidados dirigido e individualizado à família Maio, que remeto para apêndice. (Apêndice VIII)

1.7 Recursos na Família Maio

Li et al (2023, p. 4) nomeia a teoria da conservação de recursos (COR) como sendo “uma teoria da motivação que fornece uma estrutura para entender as associações entre as consequências do estresse maior e traumático (...) as pessoas são inerentemente motivadas a obter, proteger e buscar a aquisição de recursos. (...) a perda de recursos e a falta de acúmulo de benefícios adequados dos investimentos de recursos resultam em estresse (Snyder et al., 2020)”.

Reportando a toda a informação referente à Família Maio, tornou-se evidente a necessidade de mobilização de recursos, por forma a contribuir para uma auto-adaptação ao ambiente e promovendo a sua saúde mental, influenciando positivamente o funcionamento da sua Família. Hobfoll Stevan (1989) conforme citado por Li et al (2023, p.4) referem que a teoria COR inclui recursos de objeto (por exemplo: salários), condições (casamento, emprego), características pessoais (traços positivos de personalidade e recursos psicológicos como a resiliência, autoestima) e energia (tempo, conhecimento e capacidade de aprendizado), acrescentam ainda o relacionamento social, como uma parte importante do acesso a esses recursos. Estes autores referem que “a aplicação dessa teoria em uma variedade de circunstâncias mostrou que pessoas com recursos adequados tendem a lidar melhor com o estresse (Sumer et al., 2005; Merino et al., 2021).”

A colheita de dados pertinentes relativamente ao estado de saúde da Família Maio, foi de extrema importância para o reconhecimento dos diferentes recursos, internos, externos e comunitários, que integrados nas necessidades identificadas e negociadas com a família permitiram evidenciar a importância da mobilização dos diferentes recursos. Reportando a esta situação em concreto, foi de extremo valor a articulação de cuidados com: a equipa de enfermagem, com a Médica de Família, com a URAP de forma a ter apoio pela Técnica de Serviço Social (TSS) e pela Psicologia caso venha a ser necessário. Outro recurso usado, que enriquece e proporciona grandes contributos para quem cuida de famílias na comunidade, é a programação de visita domiciliária (após permissão da família), como estratégia eficaz e efetiva de estabelecer uma maior proximidade e uma observação “in loco” de toda a estrutura e dinâmica da Família Maio. Através da visita domiciliária, otimizou-se um espaço de diálogo e de troca de saberes, valorizando o vínculo e a humanização, que foram contributos para promover relações mais afetivas entre os profissionais e a família, potenciando laços de confiança e sensação de bem-estar, importantes à mudança das práticas em saúde. O recurso comunitário, Associação de Bombeiros Voluntários, envolvido no processo de saúde-doença do Sr. Maio, no que diz respeito ao usufruto de meio de transporte para deslocação aos diferentes serviços de saúde, inerentes ao processo de prestação de cuidados de saúde, é

uma mais valia para o bem-estar do próprio e consequentemente, um fator facilitador para o bom funcionamento do seu sistema familiar, tanto numa perspectiva financeira como de organização familiar. A Família extensa não deixa de ser um ponto forte da família Maio, o fato de residirem no mesmo espaço, em casas individualizadas, mas muito próximas, quase como famílias comunitárias, poderá ser um fator facilitador, mas ao mesmo tempo inibidor em determinadas circunstâncias. A presença da Neta Março também é um ponto forte para o bem-estar do subsistema conjugal dentro do agregado familiar.

Todos estes apoios tem um enorme peso na diminuição dos fatores stressores que interferem negativamente no seu processo saúde-doença e também, no processo familiar, pois contribuem para a funcionalidade do sistema familiar. Perante o exposto, cabe ao EEESF a competência de “gere, articula e mobiliza os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (OE, 2018, p. 19358), individualizando, adequando e mobilizando recursos para uma prestação de cuidados de saúde “na” e “para” a família, como sistema único e específico, inserido num determinado contexto.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando olhamos para uma família, devemos olhar como sendo um produto social, pelo que não pode ser cuidada no singular, trata-se de um sistema em desenvolvimento contínuo, construindo a sua própria idoneidade, fruto de várias interações entre os seus membros, assim como, por diferentes tipos de trocas mútuas quotidianas, como económicas, apoio emocional, entreajuda, identitárias, de partilha, entre outras. Cuidar as famílias exige planejar o processo de cuidados de enfermagem no sistema Familiar, que enfrenta situações complexas, traçando resposta(s) às suas necessidades e potenciando a melhor saúde e o melhor bem-estar familiar, sendo este o foco de atenção do EEESF.

Pensamentos simplificadores “mutilam mais do que exprimem as realidades ou os fenômenos de que tratam, torna-se evidente que eles produzem mais cegueira do que elucidação”, tal como refere Morin (2005; p.5), tornam-se redutores perante o cuidar no sistema familiar pelo Enfermeiro de Família. A Família Maio, por mim escolhida, é um exemplo de uma família em situação complexa, pela existência de múltiplas variáveis que se interrelacionam e influenciam no seu percurso do ciclo vital, exigindo ao profissional um olhar sobre a complexidade eliminando a simplicidade (Morin, 2005). Cabe ao EEESF “considerar a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas” (OE, 2018).

Considero que este trabalho permitiu mobilizar e desenvolver as boas práticas de cuidados integrando as competências comuns e específicas do EEESF, nomeadamente a competência “cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018). Ao EEESF, como agente mediador, gestor, facilitador e conhecedor, compete colaborar com as famílias ajudando a prosseguir com novas competências e funções nas diferentes transições ao longo do ciclo vital, inseridas no seu contexto, mobilizando recursos internos e externos e englobando políticas de saúde inerentes à sua situação em particular.

Torna-se imperioso o uso de uma “lente” mais ampla e abrangente, num olhar dirigido e conhecedor, sobre o processo de saúde-doença dos indivíduos/famílias e comunidade, numa perspetiva bioecológica, por forma a permitir combater desigualdades, influenciadas e interrelacionadas pelos determinantes de saúde, mas também, com e pelas determinantes sociais de saúde.

Só assim, redefinindo para um modo de pensar complexo, com base na evidencia científica e políticas de saúde, é que a “missão” do futuro EEESF consegue providenciar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e “providenciar” a excelência de cuidados, traduzindo-se em ganhos em saúde.

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BCSD Portugal (2022). *Objetivos de desenvolvimento Sustentável*
<https://ods.pt/objectivos/10-reduzir-as-desigualdades/>
- Buzz, P. M. & Filho, A. P. (2007). *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. Physis: Rev. Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 17(1):77-93.
- Canço, H.; Bairrada, P.; Rodríguez, E.; Carvalho, A. (2010) In *Novos Tipos de Família*. Imprensa da Universidade de Coimbra, junho 2010
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/cipe-2015-dispon%C3%ADvel-online/>
- Figueiredo, M. H. (2012) *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Sabooks Editora-Lusodidacta-Lusociência
- Figueiredo, M. H. (2022) *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar, Estudo de caso*. Sabooks Editora-Lusodidacta
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Lusodidacta, 2ª (ed).
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
<https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/mafra-822290>
<https://www.cm-mafra.pt/pages/578>
https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Lei nº. 113/2011 (2011). Portaria nº. 142-B/2012 de 15 maio. Diário da República, I série (Nº. 94 de 15-05-2012), 2532 – (3) – 2532 (6).
[sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/Portaria-nº. 142-B-2012.pdf](https://sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/Portaria-nº.142-B-2012.pdf)
- Lei nº 428/2018 (2018). *Regulamentação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, 2ª série (Nº 135 - 16 de julho de 2018). 19354-19359. Ordem dos Enfermeiros
- Lei nº 156/2015 (2016). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 2ª série (Nº 26 – 6 de fevereiro de 2019). 4744 – 4750.
- Li, C.; Tang, N.; Yang, L.; Zeng, Q.; YU, T.; Pu, X.; Wang, J.; & Zhang, H. (2023). *Efeito da sobrecarga do cuidador sobre o luto antecipatório entre cuidadores de idosos com cancer: Papel da medicação em cadeia do funcionamento familiar e resiliência*. Frente Psychol, Sec. Psicologia para Ambientes Clínicos. Vol. 13-2022
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020517>
- Machado, W. de L. (2010). *Escala de Bem-Estar Psicológico: Adaptação para o Português Brasileiro e Evidências de validade*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Repositório Instituto de Psicologia.

- Morin, E. (2005). *Introdução ao Pensamento Complexo*. Editora Meridional Ltda.
- Rodrigues, F., & Cardoso G. (2022). Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 33-46. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.185>
- Santos, E.; Marcelino, L.; Abrantes, L.; Marques, C.; Correia, R.; Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*. Millenium, 49 (jun./dez). Pp. 153-171
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: A Central Concept in Nursing*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

APÊNDICES

Apêndice I- Notação Social da Familiar (GRAFFAR ADAPTADO)

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRUPO	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 $\longleftrightarrow$ 9 4 $\longleftrightarrow$ 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 $\leq$ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários ($\geq$ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 $\longleftrightarrow$ 13 8 $\longleftrightarrow$ 10	4 $\longleftrightarrow$ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ____/____/____	
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 $\longleftrightarrow$ 17 11 $\longleftrightarrow$ 13	7 $\longleftrightarrow$ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ____/____/____	
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade $\geq$ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações $\leq$ 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 $\longleftrightarrow$ 21 14 $\longleftrightarrow$ 16	10 $\longleftrightarrow$ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____	
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 $\longleftrightarrow$ 25 17 $\longleftrightarrow$ 20	13 $\longleftrightarrow$ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____	

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

Enfa.

15/05/2023

Apêndice III – Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe

ESCALA de HOLMES & RAHE

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Trincão, 2009, p. 21

Score: 173 pontos

Um total superior a 150 dá 50% de probabilidades de ter um problema de saúde num futuro próximo; se o total ultrapassar os 300, as probabilidades referidas serão de 90% - a menos que tome medidas eficazes contra o "stress".

22/05/2023

Enf.

Apêndice III – Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)-Adaptada para o Português por Machado e
Bandeira (2010), a partir da versão de Ryff e Essex (1992)

1. Dimensão auto-aceitação

1- Discordo Totalmente	2- Discordo Parcialmente	3- Discordo Pouco	4- Concordo Pouco	5- Concordo Parcialmente	6- Concordo Totalmente
1. A maioria das pessoas me vê como amável e afetuoso				X	
2. Às vezes eu mudo minha maneira de agir ou pensar para parecer mais com as pessoas à minha volta				X	
3. Sinto que tenho controle sobre as situações do meu dia-a-dia			X		
4. Eu não tenho interesse em atividades nas quais possa conhecer coisas novas	X				
5. Sinto-me bem quando penso no que eu fiz no passado e o que eu espero fazer no futuro					X
6. Quando olho para a história da minha vida, fico satisfeito com a maneira como as coisas aconteceram		X			
7. Manter relações íntimas com outras pessoas tem sido difícil e frustrante para mim					X
8. Não tenho medo de expressar minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas					X
9. As exigências do dia-a-dia geralmente me deixam desanimado			X		
10. De forma geral, sinto que eu continuo aprendendo mais a meu respeito com o passar do tempo					X
11. Eu vivo um dia de cada vez e não penso muito no futuro					X
12. De forma geral, sinto-me confiante e positivo sobre mim mesmo				X	
13. Frequentemente, sinto-me solitário porque tenho poucos amigos íntimos com quem eu posso compartilhar minhas preocupações					X
14. Minhas decisões geralmente não são influenciadas pelo que os outros estão fazendo					X

Altos scores

10 positivos

Baixos scores

4 negativos

2. Dimensão Relações positivas com os Outros

14. Minhas decisões geralmente não são influenciadas pelo que os outros estão fazendo				X
15. Eu não me integro muito bem às pessoas e à comunidade à minha volta		X		
16. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas				X
17. Costumo me deter no presente, porque pensar no futuro quase sempre me traz problemas				X
18. Eu percebo que muitas pessoas tiveram mais sucesso na vida do que eu				X
19. Eu gosto de conversas pessoais e corriqueiras com familiares e amigos				X
20. Muitas vezes me preocupo com o que os outros pensam sobre mim			X	
21. Eu sou muito bom em gerenciar as diversas responsabilidades da minha vida diária				X
22. Não quero experimentar novas formas de fazer as coisas – minha vida está bem do jeito que está			X	
23. Acredito possuir objetivos e propósitos na minha vida				X
24. Se eu pudesse, mudaria muitas coisas em mim				X
25. É importante pra mim escutar meus amigos quando eles falam sobre seus problemas				X
26. Estar feliz comigo mesmo é mais importante para mim do que a aprovação dos outros				X
27. Geralmente sinto-me sobrecarregado por minhas responsabilidades				X
28. Eu acredito que é importante ter experiências novas que desafiem o que você pensa sobre você mesmo e sobre o mundo				X

Altos scores

13 positivos

Baixos scores

1 negativo

3. Dimensão Autonomia

29. Na maioria das vezes, acho minhas atividades desinteressantes e banais				X		
30. Gosto de ser do jeito que sou						X
31. Eu não tenho muitas pessoas que queiram me ouvir quando eu preciso falar						X
32. Eu tenho a tendência a ser influenciado por pessoas com opiniões fortes			X			
33. Se eu estivesse infeliz com minha situação de vida, tomaria atitudes concretas para mudá-la						X
34. Ao pensar sobre mim, percebo que não melhorei muito como pessoa ao longo dos anos			X			
35. Eu não tenho clareza sobre o que eu estou tentando alcançar na vida	X					
36. Eu cometi alguns erros no passado, mas sinto que, no geral, as coisas se resolveram da melhor maneira						X
37. Eu sinto que ganho muito com as minhas amizades						X
38. As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira						X
39. Eu normalmente gerencio bem minhas finanças e negócios						X
40. Em minha opinião, pessoas de todas as idades são capazes de continuar crescendo e se desenvolvendo						X
41. Eu costumava estabelecer metas para mim mesmo, mas agora isso parece uma perda de tempo				X		
42. De um modo geral, me sinto decepcionado com o que alcancei na vida			X			

Altos scores
11 positivos
Baixos scores
3 negativos

4. Dimensão Domínio do Ambiente

43. Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu			X			
44. Acho mais importante pensar como os outros do que ficar sozinho em meus princípios	X					
45. Acho muito estressante não conseguir levar adiante tudo que preciso fazer no dia-a-dia			X			
46. Eu aprendi com a vida muitas coisas ao longo do tempo, o que me tornou uma pessoa forte e capaz						X
47. Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade						X
48. Em geral, tenho orgulho de quem sou e da vida que levo						X
49. As pessoas me descreveriam como alguém disposta a compartilhar meu tempo com os outros			X			
50. Eu tenho confiança nas minhas opiniões, ainda que elas sejam contrárias ao consenso geral						X
51. Consigo administrar bem meu tempo, desta maneira consigo fazer tudo o que deve ser feito						X
52. Eu acredito que cresci muito como pessoa ao longo do tempo						X
53. Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei pra mim mesmo						X
54. Invejo muitas pessoas pelo tipo de vida que elas levam	X					
55. Eu não tenho vivido muitas relações afetuosas e confiáveis com outras pessoas			X			
56. É difícil para mim opinar sobre assuntos polêmicos	X					

Altos scores
7 positivos
Baixos scores
7 negativos

5. Dimensão Propósito na Vida

57. Minha vida diária é atarefada, mas me sinto satisfeito em manter tudo em dia						X
58. Eu não gosto de situações novas que exigem que eu troque meus velhos hábitos de fazer as coisas					X	
59. Algumas pessoas vagam sem propósito na vida, mas eu não sou uma delas						X
60. Minha atitude sobre mim mesmo provavelmente não é tão positiva quanto a da maioria das pessoas sobre si mesmas						X
61. Em relação às amizades, eu geralmente me sinto deslocado				X		
62. Muitas vezes, eu mudo de opinião se meus amigos ou familiares discordam das minhas decisões	X					
63. Eu fico frustrado quando tento planejar minhas atividades diárias porque eu nunca consigo fazer as coisas que planejo				X		
64. Para mim, a vida é um contínuo processo de aprendizado, mudança e crescimento						X
65. As vezes sinto que já fiz tudo o que tinha para fazer na vida				X		
66. Muitas vezes eu acordo desanimado com o jeito que tenho levado minha vida				X		
67. Eu sei que posso confiar em meus amigos, e eles sabem que podem confiar em mim					X	
68. Eu não sou o tipo de pessoa que cede a pressões sociais para pensar ou agir de determinadas formas						X
69. Tenho tido sucesso na busca de atividades e relacionamentos que necessito				X		
70. Eu gosto de ver como minhas opiniões mudaram e amadureceram ao longo dos anos						X

Altos scores

13 positivos

Baixos scores

1 negativo

6. Dimensão Crescimento Pessoal

71. Meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação do que de frustração para mim						X
72. Meu passado teve altos e baixos, mas de modo geral eu não gostaria de mudá-lo						X
73. Eu acho difícil me abrir quando eu falo com os outros					X	
74. Eu me preocupo com as avaliações dos outros sobre as escolhas que eu faço na minha vida	X					
75. Eu tenho dificuldades para organizar minha vida de uma forma satisfatória para mim		X				
76. Eu desisti de fazer grandes mudanças ou melhoras na minha vida há muito tempo atrás			X			
77. Eu fico satisfeito quando penso no que eu já realizei na vida						X
78. Quando eu me comparo a amigos e conhecidos, sinto-me bem em relação a quem eu sou						X
79. Meus amigos e eu somos solidários aos problemas uns dos outros						X
80. Eu julgo a mim mesmo pelo que eu penso que é importante, não pelos valores que os outros consideram importantes						X
81. Tenho sido capaz de construir um lar e um estilo de vida para mim mesmo que correspondem ao que eu quero						X
82. Acredito que pessoas mais velhas não queiram aprender coisas novas	X					
83. Não estou certo que minha vida tenha algum sentido		X				
84. Todos têm suas limitações, mas eu pareço ter mais que os outros	X					

Altos scores

8 positivos

Baixos scores

6 negativos

Apêndice IV – Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986, com adaptação de João Apóstolo, 2011)

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

24/05/2023

Autopreenchimento pelo Sr. Maio

Enfª

Apêndice V - APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ☒ ☐
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ☒ ☐
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ☒ ☐
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ☒ ☐
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 ☒ ☐
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Perspetiva / Elemento familiar	Resultados
Sr. Maio ☐	Score = 2 pontos Família com disfunção acentuada
Sra. Abril ☒	Score = 3 pontos Família com disfunção acentuada

Enf^a.

24/05/2023

Apêndice VI - FACES II versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

Perspetiva: Sr. Maio ○ Sra. Abril ○		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 dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

Interpretação linear do FACES II

Valores	Coesão	Valores	Adaptabilidade	Valores	Tipo de Família
8 80 74	Muito Ligada	8 70 65	Muito Flexível	8	Equilibrada
7 73 71		7 64 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	Meio-Termo
3 54 51		3 42 40		3	
2 50 35	Desmembrada	2 39 39	Rígida	2	Extrema
1 34 15		1 29 15		1	

22/05/2023 – Perspetiva Sr. Maio

24/05/2023 – Perspetiva Sra. Abril

Enf.

Apêndice VII - Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer

Escala de risco familiar Segóvia Dreyer

Factores de risco (1 ponto):

- ☐ Morbilidade crónica.
- ☐ Invalidez.
- ☐ Hospitalizações frequentes.
- ☐ Mãe analfabeta.
- ☐ Mãe solteira.
- ☐ Chefe de família desempregado.
- ☐ Ausência temporária de um dos pais.
- ☐ Chefe de família com emprego temporário.
- ☐ Morte de pai ou de mãe.

Factores de risco (2 pontos):

- ☐ Alcoolismo.
- ☐ Droga.
- ☐ Desnutrição.
- ☐ Ausência de um dos pais.
- ☐ Pais analfabetos.
- ☐ Apgar familiar < 4.
- ☐ Filho grande deficiente.
- ☐ Chefe de família preso.
- ☐ Filho com carências afectivas graves.

Resultado:

Alto risco ≥ 6 pontos.

→ Médio risco ≥ 3 pontos.

Baixo risco ≤ 3 pontos.

Ponte, A. (2011)

**Apêndice VIII – Plano de Cuidados de Enfermagem da Família Maio (Elaborado por
Enf^a. – Maio 2023)**

Plano de Cuidados de Enfermagem - Família Maio										
Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15, 17 e 29/05/2023 em Sala de Tratamento (ST) ; 24/05/2023 em visita domiciliária (VD)	Estrutural	(10007554) - Família	Rendimento Familiar Insuficiente	Genograma + Ecomapa + Mapa de rede Social + Escala Graffar Adaptado (score 19 - IV Classe Média Baixa) + Entrevista Familiar semi-estruturada, em contexto de ST e VD	Rendimento Familiar Insuficiente	. Promoção da gestão do rendimento familiar na aquisição de prótese dentária . Informo sobre os diferentes programas de ação social que a Câmara Municipal oferece às famílias carenciadas, neste caso específico informo sobre: cartão + Família; Cartão abem; AjuDar.	. Valido com o Sr. Maio sobre a articulação com a Técnica de Serviço Social (TSS) da Unidade recursos assistenciais partilhados para averiguar quais as possibilidades em efetivar estes apoios pela Câmara Municipal . Incentivo e negoceo estratégias de poupança para aquisição de prótese dentária, para além da possível ajuda do programa Cartão + Famílias	. Demonstro para com o Sr. Maio, compreensão e empatia com a preocupação da sua imagem e consequente saúde, pela ausência de dentição	Rendimento Familiar suficiente	15/05/2023 - negoceo com Sr. Maio as diferentes estratégias bem como a articulação com TSS, as quais aceitou 24/05/2023 - Reunião para articulação de cuidados com TSS, tendo sido abordado: pedido de atestado de multiusos desde 2021 (informação solicitada pelo Sr. Maio); já usufrui do programa AjuDar, através da Instituição da Misericórdia; Cartão abem e o Cartão + Família; agendamento de novo atendimento à família para averiguar condições atuais de atribuição do mesmo; neste momento sem direito ao Complemento por Dependência, visto que ainda conduz ocasionalmente e não se encontra dependente de terceiros nas suas AVD(s) . Acordado transmitir soluções encontradas e negociar com o Sr. Maio para posteriormente agendar atendimento com TSS na proxima vinda à UCSP. 29/05/2023 - Comunicado ao Sr. Maio feedback acerca da articulação de cuidados com TSS; Negociado novo atendimento com a TSS o qual foi aceite. Indicação para agendar atendimento com a Sra AT na proxima 3ª feira (disponibilidade da TSS)

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15, 17 e 29/05/2023 em ST + 24/05/2023 em VD	Desenvolvimento	(10021611) Casal	(10011747) Satisfação Conjugal	Psicofigura de Mitchel + Entrevista Familiar semi-estruturada em contexto de ST e VD	Satisfação conjugal não mantida (MDAIF, 2012)	.elucidado sobre as etapas do CVF que o agregado familiar experiência e quais os seus desafios . Informo sobre a importância do bem estar como casal, abordando a partilha de tarefas, a forma como cada conjugue expressa os sentimentos e a necessidade de criação de espaço para diálogo .Explicação da importância das atividades em conjunto através do uso de tecnologias informáticas .Apresentação sobre a possibilidade de apoio e ajuda pela sua MF da UCSP e/ou psicológica da URAP .Uso da Técnica da metáfora para dar ressignificado à vida do casal	. Aconselhamento de estratégias e atividades em conjunto . Aconselhamento para criarem espaços de diálogo e falarem sobre desconfortos e preocupações .Reforço o casal a conversar sobre os seus medos e angústias, tentarem chegar a acordo nas suas discordâncias, usando uma comunicação calma e tranquila sem culpabilizações	. Aconselho o elogio para quando algo corre bem entre o casal .Elogio a capacidade de resiliência (casal conseguido ultrapassar e ajudar toda a família perante as adversidades) .Planeamento de rituais familiares ao longo da semana, com o objetivo de: .promoção da comunicação expressiva das emoções, partilhando sentimentos menos bons ou algo que vos melindrou. .Disponibilizar suporte emocional .Reforço positivo por conseguirem ultrapassar tantos períodos de "turbulência" na vossa vida de casal e familiar . Incentivo relato das narrativas de vida por ambos os cônjuges	Satisfação conjugal mantida	24/05/2023- Em contexto de VD na presença do casal foram usadas varias tecnicas de abordagens o que desencadeou uma abertura por parte do casal no relato das suas narrativas de vida face às situações de crise familiar e inclusivé, a necessidade afetiva por parte do Sr. Maio. A Sra. Abril demonstrou receptividade e durante a entrevista exteriorizou emoções, deixando cair lágrimas. 29/05/2023 - Em contexto de ST com o Sr. Maio questionei: - "Como se encontra a sua esposa e família? A entrevista durante a visita domiciliária ajudou na vossa dinâmica, funcionamento como casal?" Sr. Maio respondeu: - "foi bom, conseguimos falar sobre coisas que sozinho não tinha conseguido..." .Mantem avaliação contínua de cuidados pela Equipa de enfermagem em ST

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15, 17 e 24/05/2023 em ST e 24/05/2023 em visita domiciliar (VD)	Funcional	(10014132) Cliente	(10030354) Adesão ao regime medicamentoso	Consulta do Processo Clínico + Escala de Risco Segóvia Dreyer + Entrevista semi-estruturada em contexto de ST	Não adesão ao regime medicamentoso (10021682)	.Avalio adesão ao regime terapêutico .Esclareço mitos e duvidas face á toma da medicação, nomeadamente, medo de hipoglicemias e indicações terapêuticas da metformina .Alerto que a toma de prednisolona 20mg, de forma mais contínua poderá: alterar valores de glicémia (mais elevados); favorecer o apetite; deve ser tomada no periodo até ao almoço devido á sua interferência com o sono e trata-se de um medicamento de uso restrito e que por isso só deverá usar em crises de exacerbação .Conhecimento sobre sinais de alerta face a hipoglicemias e como deve proceder	.Articulo cuidados com Médica de Família em relação à medicação (metformina 1000, Triticum AC e prednisolona 20mg em SOS) com permissão do Sr. Maio .Solicito registo de glicémias ao Sr. Maio em jejum e duas horas após jantar diariamente, para percebermos perfil glicémico .Incentivo a adesão ao regime terapêutico .Incentivo cuidados com a pele .Reforço necessidade de ingesta de líquidos.	.Demonstro preocupação relativamente ao seu bem-estar no seu processo de saúde-doença	Adesão ao regime medicamentoso conforme prescrição médica	24/05/2023 - Médica de família conforirma toma de metformina diaria, tinha conhecimento da iniciativa do Sr. Maio trocar Triticum pela melatonina e refere que a prednisolona 20 mg é para manter em SOS nos episodios de exacerbação de prurido 25/05/202 - Sr. Maio refere que está a cumprir com metformina, a sua perturbação do sono está controlada com a melatonina diária e que só tem usado prednisolona nas situações de reaparecimento de prurido. .Facultou o auto registo das glicemia conforme solicitado .Transmito informação facultada pela sua médica de familia .articulação de cuidados com MF e Equipa de Enfermagem
			(10021361) Cicatrização de Ferida	Exame Objetivo, em contexto de ST e VD	Úlcera Varicosa (10030100) (10025297) Risco de exposição a contaminação	.Ensino sobre complicações .Vigio penso da UV .Avalio evolução da UV .Monitorização da dor	.executo tratamento da UV .negoceio alteração de tratamento com o Sr. Maio e equipa de enfermagem envolvida .Mantem comportamento de higienização corporal no dia de realizar tratamento	.alerto para eventuais sinais de complicação e quais os possiveis procedimentos caso surja alguma situação fora do comum		Realizados tratamentos em 15, 17, 22, 24 e 29/05/2023- Boa evolução com alteração do tratamento. Sr. Maio refere que não sentiu quaisquer desconforto (dor 0/10), nem mesmo durante a noite, pelo que se mantem tratamento. .Sr. Maio verbaliza menos repasse no penso anterior. .Em continuidade de cuidados pela equipa de enfermagem, em contexto de ST

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15 e 17/05/2023 em ST e 24/05/2023 em VD	Funcional	(10007554) Família	(10007646) Processo Familiar	APGAR Familiar de Smilkstein (score ≤ 3 perspectiva de cada elemento do casal - Família com disfunção acentuada) + FACES II (desmembrada na coesão e flexível na adaptabilidade, na perspectiva do Sr. Maio e separada na coesão, flexível na adaptabilidade, Família moderadamente equilibrada, na perspectiva da Sra. Abril) + Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer + Entrevista Familiar semi-estruturada, em contexto de ST e VD	Comunicação não eficaz	.Avalio satisfação do sistema familiar Maio relativamente ao modo como expressão os sentimentos .Explico o impacto que os sentimentos podem ter em cada elemento .Incentivo e optimizo estratégias de comunicação mais eficazes e frequentes entre os diferentes elementos da família .Optimizo a comunicação na família .Explico importância do uso de uma comunicação clara e sincera .Explico importância da comunicação verbal, não verbal e circular	.Incentivo e negoceio a expressão de preocupações, mal entendidos e mesmo sentimentos despoitados pelos comportamentos e ou atitudes mais "exageradas" entre o casal .Aconselho criar oportunidades de rituais em família (refeições em conjunto)	.Promovo escuta ativa ao casal Maio . Promovo o envolvimento da família .Promovo a comunicação expressiva das emoções entre os membros da família de forma esclarecedora minimizando interpretações menos adequadas	Comunicação eficaz	24/05/2023 - Sra. Abril expressou sentimentos e suas angústias face às crises familiares vivenciadas, (dívidas, violência doméstica sentida pela sua filha Junho, neto Janeiro em situações problemáticas desde insucesso escolar, comportamentos aditivos, institucionalização problemática) chorando durante a entrevista. .Sr. Maio verbalizou necessidade de afeto "quanto mais não seja uma palavra" sic próprio. .Em avaliação continua de cuidados pela Equipa de enfermagem, em contexto de ST
					Coping familiar não eficaz	.Promovo estratégias adaptativas/Coping na Família Negoceio estratégias adaptativas/Coping na Família .Optimizo o processo familiar	.Negoceio o diálogo entre o casal sobre os seus problemas/preocupações familiares, focando-se nas soluções possíveis e harmoniosas para todos face aos problemas identificados .Promovo estratégias adaptativas /coping na Família . Aconselho planear rituais em família (ex: usar o espaço exterior para promover refeições familiares)	. Incentivo expor os problemas em família, e em conjunto, tomarem as melhores decisões possíveis para todos. .Incentivo rituais com a Neta Março		. A presença da Neta Março para o casal Maio é potenciador de bem-estar em ambos os cônjuges. Em avaliação contínua de cuidados pela equipa de enfermagem, em contexto de ST e/ou VD se necessário

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
	Funcional	(10007554) Família	(10007646) Processo Familiar			Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15 e 17/05/2023 ST e 24/05/2023 em VD				APGAR Familiar de Smilkstein (score ≤ 3 perspectiva de cada elemento do casal - Família com disfunção acentuada) + FACES II (desmembrada na coesão e flexível na adaptabilidade, na perspectiva do Sr. Maio e separada na coesão, flexível na adaptabilidade, Família moderadamente equilibrada, na perspectiva da Sra. Abril) + Escala de Risco Familiar Segóvia Dreyer + Entrevista Familiar semi-estruturada, em contexto de ST e VD	Interação de papéis familiares não consensual	.Explico a importância da partilha de opiniões entre o subsistema conjugal relativamente ao não consenso do papel de gestão financeira, sentido pelo Sr. Maio	.Negocio estratégias de comunicação na família	Promovo a comunicação expressiva das emoções entre os membros da família em relação ao consenso do papel	Interação de papéis familiares Não conflitual	Em avaliação contínua de cuidados pela equipa de enfermagem, em contexto de ST e/ou VD
					Relação dinâmica disfuncional	. Resignificação da dinâmica familiar sobre a satisfação do casal sobre a influência de cada um nos comportamentos dos outros .Explico a importância que a comunicação têm para minimizar a insatisfação da família com a forma de manifestar a sua união . Explico importância de manter um padrão de ligação entre o casal e restante família (filha Agosto)	. Incentivo uma comunicação verbal calma, compreensiva e clara entre os membros da família . Incentivo a escuta de opiniões e envolvimento dos diferentes elementos da família .Incentivo a união e envolvimento e partilha entre a triade: Sr. Maio/Sra. Abril e Filha Agosto	Promovo a comunicação expressiva das emoções entre os membros da família Proporciono disponibilidade para escuta ativa .Incentivo momentos de lazer e de brincadeira dos avós com a Neta Março	Relação dinâmica funcional	Em avaliação contínua de cuidados pela equipa de enfermagem, em contexto de ST e/ou VD

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15 e 17/05/2023 em ST e 24/05/2023 em VD	Funcional	(10014132) Cliente	(10017776) Autoimagem	Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (score 230 - 50% de probabilidades de ter um problema de saúde num futuro próximo, a menos que tome medidas eficazes contra o "stress" + Escala de Bem-estar Psicológico (score de risco para alterações na dimensão domínio do ambiente) + Escala Geriátrica de Depressão (GDS) cujo scor foi de 6 - depressão ligeira + Entrevista semi estrutura + Observação clínica	(10035507) Continuidade de cuidados efetiva	.Apoio nas dificuldades sentidas pelo Sr. Maio .Esclareço duvidas .Reforço importância de estarem atentos ao sinais de alerta para apoio psicológico .Ensino sobre a importância da prática de estilos de vida saudáveis e adequados à condição clínica do Sr. Maio	. Incentivo Sr. Maio no auto cuidado relativamente à sua imagem (ex: desfazer a barba) . Incentivo a gestão financeira na aquisição futura de prótese dentária .Incentivo estratégias para aquisição de prótese dentária	.Reforço positivo sobre a resiliência do casal e sua família pelo fato de ultrapassarem as várias crises familiares "pesadas" que ocorreram ao longo da sua vida como casal. .Elogio o auto cuidado pelo Sr. Maio na atividade de "desfazer a barba" contribuindo para a sua imagem .Escuta ativa sobre emoções e preocupações	Continuidade de cuidados	24/05/2023 - Observo e elogio o fato do Sr Maio ter cuidado da sua auto-imagem "elogio dirigido à atividade de desfazer a barba" .Articulação contínua de cuidados com a equipa de enfermagem e médica de família (realizados 3 momentos de contacto para feedback acerca do Sr. Maio e sua família)

Data	Dimensão	Ciente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
	Funcional	(10014132) Cliente	(10015974) Resposta psicológica			Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
15 e 17/05/2023 em ST e 24/05/2023 em VD	Funcional	(10014132) Cliente	(10015974) Resposta psicológica	Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (score 230 - 50% de probabilidades de ter um problema de saúde num futuro próximo, a menos que tome medidas eficazes contra o "stress" + Escala de Bem-estar Psicológico (score de risco para alterações na dimensão domínio do ambiente) + Escala Geriátrica de Depressão (GDS) cujo scor foi de 6 - depressão ligeira + Entrevista semi estrutura + Observação clínica	(10041296) Risco de complicações associadas aos cuidados de saúde	.Informo sobre benefícios da referência para apoio Psicológico (URAP) e médica de família. .Negoceio atendimento com TSS .Alerto para a reestruturação familiar .conhecimento sobre sinais de alerta face à sintomatologia da depressão, tendo como foco de atenção o Sr. Maio, mas também a Sra Abril que durante a escuta ativa demonstrou indícios de fatores potenciadores de stress psicológico (alertei para restante família, especificamente filha Junho) .Alerto para o caso de indentificarem necessidade de apoio psicologico por outro elemento familiar (família extensa) implicará solicitar ajuda com permissão da própria	. Valido com casal sobre os sinais de alerta e os procedimentos a ter aquando o seu aparecimento	.Incentivo a expressão de sentimentos recorrendo ao uso da comunicação circular	Conhecimento sobre recursos na UCSP identificar e expressar sentimentos	24/05/2023 - o Casal verbalizou preocupações do foro emocional, no entanto referiram que neste momento não consideram necessário o apoio psicológico e médico (sic Sr. Maio e Sra Abril), .Ficaram despertos para os sinais que implicam a solicitação de apoio. 29/05/2023 - negoceio atendimento pela TSS e comunico situação face ao pedido de Atestado de Mutuosos conforme solicitado pelo Sr. Maio .Sr. Maio solicitou apoio psicológico para a sua filha Junho (vitima de violência doméstica e mãe do filho Janeiro com antecedentes de comportamentos aditivos), sinalizei a agilização do processo de referência pela a equipa de enfermagem da UCSP (último dia para gozo de reforma pela sua MF) . Mantem avaliação contínua de cuidados pela equipa de enfermagem

APÊNDICE II: Material de apoio informativo elaborado – USF

A FAMÍLIA CRESCER ... E AGORA?

Dicas para promover uma Parentalidade Positiva

Apostar no bom desenvolvimento infantil, cuidar dos diferentes elementos da família e gerir fatores stressores contribui para um ambiente familiar de Bem Estar e que potencia Saúde.

1.

Ser Mãe e Pai, é um papel exigente, desafiador e gratificante.

Implica uma construção de uma nova etapa familiar.

2.

3.

Requer adaptações e mudanças no funcionamento do vosso sistema familiar.

Sentimentos fortes, necessidade de adaptação/organização e por último, querer controlo sobre a vida quotidiana familiar, são fases experienciadas nos primeiros 3 meses de vida do seu bebé.

4.

5.

É importante: dividir e partilhar tarefas domésticas e dialogar sobre sentimentos e preocupações.

Usar uma comunicação clara e direta favorece o crescimento e o desenvolvimento nesta etapa familiar.

6.



7.

Cada elemento da família deve compreender de forma clara o que os outros dizem.

Estimule o desenvolvimento do seu bebé OLHANDO, FALANDO e BRINCANDO.

8.

9.

Ter opiniões diferentes é comum, o importante é chegar a um acordo confortável para ambos.

Identificar preocupações e em conjunto, encontrar soluções.

10.

11.

Relembrar que não estão sozinhos, existem outros recursos (familiares, serviços na comunidade) que podem ajudar nas soluções de problemas/preocupações.



O seu Enfermeiro de Família é um dos seus recursos... Esclareça as suas dúvidas e preocupações.

Elaborado por:

Rede de Enfermeiros Comunitários, Área de Responsabilidade de Enfermagem de Saúde Familiar - UHF 7 (Saúde da Família) - UHF 7 (Saúde da Família) - UHF 7 (Saúde da Família) - UHF 7 (Saúde da Família)



8 Continue a fazer o movimento pelas costas mais algumas vezes, antes de aplicar os seus polegares de cada um dos lados da coluna e iniciar círculos suaves, num movimento ascendente ao longo da coluna;



9 Finalize, deslizando suavemente, com as pontas dos dedos pelas costas do seu bebé abaixo. Evite tocar na coluna do seu bebé.



Eis o resultado ...

Abraçar e acariciar o seu bebé trata-se de um instinto natural para dar resposta à principal preocupação da criança nos seus primeiros meses de vida - a sua **necessidade de contacto físico e conforto**.

A **massagem** é uma forma de reconfortar, de mostrar ao seu filho que ele tem toda a sua atenção e que as suas necessidades são importantes.

Uma **rotina** tranquilizante que siga um padrão previsível todas as noites ajuda a dar ao seu bebé o sinal de que é altura de deitar para descansar, ajudando-o a acalmar mais facilmente.

É uma forma maravilhosa de se **ligar ao seu bebé** no final de um longo dia. Trata-se de um momento de serenidade e íntimo, permitindo fazer uma pausa nas tarefas que dão resposta às necessidades básicas (alimentação, higiene e eliminação), para relaxarem e aproveitarem um **momento íntimo e sereno em conjunto**.



Referência bibliográfica

Quinn, Samantha. (2015). *Cariotipo, Acalmar, Dormir*. Adaptural edições. 1ª edição, novembro de 2015; (p.33-45). ISBN 978-989-69203-95-1



Crie uma rotina antes de dormir...

*Massagem em 5 minutos
Um momento especial
entre si e o seu bebé!!!*

Elaborado por:
Bianca Figueiredo Comandante, área
Especialização Enfermagem de Saúde Familiar - Dêlon
Avalar
Exp. Orientadora - Ana Afonso
Prof. Orientadora - Fátima Rodrigues

Estabelecer uma rotina de massagem, antes de dormir, potencia os bons hábitos de sono no seu bebé.



Ajuda o seu bebé a:

- dormir mais profundamente e durante período de tempos mais prolongados;
- libertar o stress que acumula diariamente, criado pelos estímulos das novas experiências;
- relaxar e desfrutar desse momento de tranquilidade e de ligação.

Como fazer?

Prepare um ambiente aquecido e com pouca luz; cante ou conte histórias usando voz calma e sorria para estimular o seu bebé; peça autorização para iniciar a massagem ao mesmo tempo que esfrega as palmas das mãos com o óleo/creme de massagem.

"É importante não estimular em excesso, use movimentos relaxantes e canções de embalar calmas. Olhe para o seu bebé para garantir que está confortável e a desfrutar da experiência"



1 Coloque e deslize as mãos aquecidas no peito do seu bebé no sentido dos ombros, à volta dos braços e volta aos ombros. Depois, deslize descendo pelos lados da barriga, pela frente e pelas pernas; faça deslizar as mãos pelos lados do estômago, para finalmente repousarem no peito. Repita 6 a 8 vezes;



2 Use as mãos para fazer movimentos lentos e leves de cruzamento sobre o peito;

3 Desça até à barriga e, calmamente, faça movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio. Repita 6 a 8 vezes;



4 Coloque as pontas dos dedos na barriga do bebé, faça pequenos movimentos circulares, curtos e lentos em redor do umbigo;



5 Deslize serenamente pelas pernas, para cima e para baixo, alternando as pernas enquanto o faz;



6 Massage lentamente a parte inferior dos pés do seu bebé desenhando círculos em cada um dos dedos. Finalize com um beijinho no pé;



7 Vire o seu bebé, massage-lhe suavemente as costas, iniciando nos ombros, passando pelo rabinho e ao longo das pernas. Não exerça pressão sobre a coluna;

Por vezes, a zona em redor do coto umbilical pode apresentar alguns sinais de vermelhidão, os quais, na maioria das vezes, são característicos do processo de cicatrização.

Quais os sinais de alarme em relação ao coto umbilical?

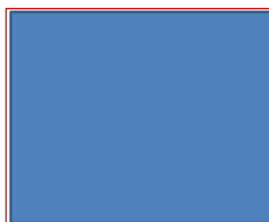
- ✓ Presença de zona extensa e vermelha em redor do umbigo;
- ✓ Cheiro desagradável e intenso;
- ✓ Corrimento.

Caso observe a presença destes sinais de alarme, deve procurar de imediato a sua Unidade de Saúde Familiar.



O cordão umbilical, após o nascimento do bebé, é laqueado e cortado, tornando-se alvo de um processo de cicatrização.

A pele e o coto umbilical do bebé, logo após o parto, são "habitados" por bactérias inofensivas, no entanto existe o risco de infeção por bactérias prejudiciais pelo que é essencial manter o coto limpo e seco.



Referências bibliográficas

Barbosa, M.; Moreira, S.; Ferreira, S. (2017) Desinfetção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. Ver. Port. Med. Geral Fam. 2017;33:41-7
Recomendação / Consenso "Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável", Soc Port Neonatologia. Edição 1/2022, Aprovado 30/06/2023
Cuf.pt/mais-saude/como-cuidar-do-umbigo-do-bebe
Hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/cuidados-diarios-bebe
<https://pediatriavirtual.com/cuidados-umbigo/>



Cuidados a ter com o Coto Umbilical do Bebê...



Elaborado por:

Mestranda Enfermagem Comunitária,
Área Especialização Enfermagem de Saúde Familiar - Débora Avelar
Enf. Orientadora - Ana Afonso
Prof. Orientadora - Fátima Rodrigues



A queda do coto umbilical ocorre geralmente na primeira semana de vida do bebé, podendo demorar até à terceira semana.

Os cuidados de higiene ao coto umbilical e região em redor devem ser diários e sempre que necessário, têm como finalidade prevenir o desenvolvimento de infeções.

O bebé não sente dor local, nem desconforto por ausência de terminações nervosas.

Os cuidados são controversos, diferindo de instituição para instituição.



Como limpar e secar o coto umbilical?

1. O coto umbilical deve estar sempre seco, pelo que não deverá colocar emolientes/cremes;
2. Coloque a fralda do seu bebé de modo que o coto umbilical fique fora da fralda, dobrando-a se necessário;
3. Limpe depois do banho e sempre que necessário o coto umbilical e a mola que se encontra na sua extremidade;
4. Primeiro, limpe a mola e o coto com compressas esterilizadas, água tépida e sabão suave, não perfumado de pH neutro, em movimento circular e único, de dentro para fora;

"A zona do coto umbilical deve estar sempre limpa e seca"

5. Seguidamente, seque o coto umbilical com compressas esterilizadas secas também em movimento circular e único, de dentro para fora;
6. Após o coto umbilical cair, poderá ocorrer saída de algumas gotículas de sangue pelo que se aconselha proteger a zona com uma compressa esterilizada seca;
7. Os cuidados de higiene do cordão devem ser mantidos por mais 3 - 5 dias após queda.



APÊNDICE III: Revisão Scoping



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área
de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio em USF

“Intervenções do enfermeiro de família na promoção da
parentalidade positiva nas famílias de primogénitos:
Revisão Scoping”

Débora Ferreira Sousa e Avelar (n.º 11640)

Regente Unidade Curricular: Prof. Maria Fátima Moreira
Rodrigues

Docente Orientadora: Prof. Maria Fátima Moreira

Lisboa
setembro 2023

“Intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos: Revisão Scoping”

Débora Avelar. Enfermeira na USF Gago Coutinho no ACES Estuário do Tejo; Discente do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; davelar@campus.esel.pt

RESUMO

Introdução: A parentalidade é uma transição normativa e comum, marcada como uma transição para uma nova etapa do ciclo de vida familiar, é exigente e complexa pela: envolvimento do sistema familiar como um todo, redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida. Trata-se de um processo de adaptação e desafiador, caracterizado por uma grande instabilidade e vulnerabilidade, implicando mudanças intensas que potenciam o aumento do stress no novo sistema familiar. Intervir aos diferentes níveis de prevenção, essencialmente na prevenção primária, maximiza a parentalidade positiva, permitindo ajudar a promover o desenvolvimento infantil, cuidar dos pais e gerir fatores stressores, perspetivando um ambiente familiar positivo e prevenindo, no futuro, comportamentos desviantes e/ou psicopatológicos no sistema familiar. Torna-se imperioso a procura das melhores evidências científicas que incentivam o desenvolvimento das práticas de enfermagem, de modo, a explorar e investir nas estratégias de intervenção de enfermagem de saúde familiar para a promoção da parentalidade positiva, por forma a dar resposta aos “problemas de saúde de baixa magnitude ou nula, mas com elevado potencial de risco” (PNS, 2021-2030, p. 135) para o sistema familiar e consequente influência nos determinantes sociais de saúde.

Objetivo: mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de família no cuidado a famílias com primogénitos, por meio do desenvolvimento da parentalidade positiva, em contexto dos cuidados de saúde primários.

Questão: quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?

Crítérios de inclusão: Estudos primários, secundários e revisões sistemáticas da literatura que incluam intervenções promotoras da parentalidade positiva em famílias com primogénitos. Foram incluídos os artigos redigidos em português, inglês e espanhol. Foi definido como limite temporal de 2013 a 2023.

Metodologia: A Revisão *Scoping* teve por base os princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute (JBI), tendo sido concluída em novembro de 2023. Como estratégia de pesquisa acedeu-se á base de dados através das plataformas MEDLINE complete e CINAHL

complete, via EBSCOHost usando os termos indexados, de acordo com os descritores MeSH e os operadores booleanos.

Resultados: foram incluídos 4 artigos, sendo o intervalo das publicações compreendido entre 2013 e 2023. Estes artigos enfatizam e validam o cuidar centrado na família pelo enfermeiro de família, onde exploram e apreciam a família nas suas interações sistêmicas, internas e externas, e identificam recursos; alocado e fundamentado por um referencial teórico de enfermagem. Relatam intervenções de enfermagem eficazes e dirigidas à família que experincia serem pais de primeira viagem e sinalizam a avaliação da percepção dos pais como um indicador de qualidade em relação à eficácia das intervenções de enfermagem.

Conclusão: esta revisão scoping contribuiu com evidencias científicas que potenciam a relevância social, contribuem para identificar aspetos da parentalidade em primogénitos e poderão ser uma mais valia para melhorar a prática de cuidados de enfermagem nas consultas de saúde infantil e juvenil, em contexto de cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: parentalidade positiva; famílias de primogénitos; cuidados de saúde primários

BACKGROUND:

Esta revisão scoping enquadra-se numa das transições normativas do ciclo vital das famílias, nomeadamente a transição para a parentalidade. Intervir aos diferentes níveis de prevenção, essencialmente na prevenção primária, maximiza a parentalidade positiva, permitindo ajudar a promover o desenvolvimento infantil, cuidar dos pais e gerir fatores stressores, perspetivando um ambiente familiar positivo e prevenindo, no futuro, comportamentos desviantes e/ou psicopatologia no sistema familiar.

Ao longo do tempo a sociedade tem potenciado mudanças na tipologia das famílias, crescendo determinantes sociais de saúde como: divórcio, recasamento, desemprego, emprego precário, pobreza, cultura, religião e políticas de saúde e sociais que interferem na dinâmica familiar. O conceito de que é a família que influencia e participa ativamente no desenvolvimento da personalidade da criança, atribui grande responsabilidade no constructo da parentalidade. Caso as relações entre pais e filhos sejam “insalubres” teremos um campo fértil de fatores stressores para ambos, potenciadores de violência, “como uma mensagem (...) comportamental, de normalização e de controlo do outro e a delinquência como uma forma de, simultaneamente, aceder ao que se deseja, de expressar a raiva ou de punir o outro pela ausência de gratificação e de filiação” tal como refere Abreu-Lima, et al (2010, p.1). Por detrás desta “insalubridade” poderão estar estilos de parentalidade inadequados associados, ou não, a diversos “fatores sociais, económicos e culturais que têm impacto sobre a

comunidade, as famílias, as relações e o modo como as crianças vivenciam o seu dia a dia” (Inspire, 2016, p.19).

Em Portugal, o saldo demográfico negativo (Pordata, 2022), maior número de mortes face ao número de nascimentos; a redução do número de filhos por mulher, conferindo a cada criança o estatuto de “um bem precioso”; o aumento do número de divórcios e reconstituições familiares, o aumento do desemprego, emprego precário e consequentes vulnerabilidades económicas, são determinantes sociais e de saúde que contribuem para complexificar a rede de relações familiares e criar múltiplas fontes de stress (Abreu-Lima et al, 2010). Perante uma sociedade “onde a imprevisibilidade e a transformação são quase constantes e onde o direito à gratificação pessoal e ao bem- estar individual é diariamente proclamado, estão criadas as condições para que o ser humano se foque nas suas necessidades e finalidades individuais, por vezes em prejuízo de finalidades familiares e/ou sociais”, tal como nos referem os autores Abreu-Lima, et al (2010, p.1)

A prática dirigida para uma parentalidade positiva será um real contributo na promoção e consequente desenvolvimento saudável das famílias que experienciam a parentalidade e que são o foco de atenção do cuidar pelo Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Reportando as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) pelas quais os profissionais de saúde se orientam, no âmbito dos CSP, salientamos uma das linhas mestras: “Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (Direção Geral de Saúde, 2013 p.7), que demonstra e potencia a pertinência do tema da promoção da parentalidade positiva nas famílias como foco de intervenção pelo enfermeiro de família.

Esta prática permitirá diminuir práticas negativas, prevenindo ou reduzindo a incidência de más condutas e negligência por parte dos pais e consequentes problemas comportamentais, sociais e emocionais na criança. Pelo que, torna-se imperioso a busca das melhores evidências científicas que incentivam o desenvolvimento das práticas de enfermagem de modo a explorar e investir nas estratégias de intervenção, pelos enfermeiros de família, na promoção da parentalidade positiva, por forma a dar resposta aos “problemas de saúde de baixa magnitude ou nula, mas com elevado potencial de risco” para o sistema familiar, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2021-2030, p. 135). Com este trabalho contribuirei para dar resposta ao objetivo de desenvolvimento sustentável 3 (ODS 3) – “Saúde de qualidade, em que se pretende garantir a saúde e promover o bem-estar em todas as idades, melhorando a Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil” (BCSD Portugal, 2022).

Caberá ao enfermeiro, no âmbito dos CSP, enquanto” profissional de saúde privilegiado pelo contexto de proximidade assumir o papel de promotor de saúde numa lógica de intercooperação com as famílias/ comunidades, intervindo na prevenção da doença, promovendo o empoderamento familiar e comunitário” tal como refere Silva (2013, p.33).

Responderei á questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?”, com base numa revisão sistemática de literatura, a partir da Scoping Review, utilizando a mnemónica População, Conceito e Contexto, com objetivo de mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de família no cuidado a famílias com primogénitos, por meio do desenvolvimento da parentalidade positiva, o que contribuirá para ampliar o conhecimento, adquirir competências nesta área e produzir ganhos em saúde, adequando e otimizando os cuidados de enfermagem prestados às famílias de primogénitos.

OBJETIVO

Esta revisão de Scoping tem como objetivo entender a extensão e o tipo de evidencia científica disponível em relação ás intervenções do enfermeiro de família no cuidado a famílias com primogénitos, com idade compreendida dos 0 aos 6 meses, por meio do desenvolvimento da parentalidade positiva, em contexto dos cuidados de saúde primários. Nesta perspetiva, a nossa pesquisa teve como ponto de partida uma questão que foi elaborada em conformidade com a mnemónica “PCC”, de acordo com Joanna Briggs Institute (2015). Esta mnemónica tem com objetivo elaborar um quadro de referência para explorar e conduzir a revisão de forma sistemática e completa.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para atingir o objetivo delineado, foi colocada a seguinte questão de investigação: “quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?” A formulação da questão segue a mnemónica “PCC”, caracterizando a população (P), os conceitos (C) e o contexto (C).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Segundo o JBI (2015), os critérios de Inclusão de Revisão *Scoping*, definem os limites das fontes que serão incluídas na revisão e devem ser definidas de forma clara. Deste modo, para realizar a seleção de artigos para esta revisão de *scoping*, recorreremos à mnemónica “PCC” (População, Conceito e Contexto). Assim, utilizaram-se como critérios de inclusão:

População – famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses;

Conceito – os conceitos da revisão de *scoping* devem ser articulados de forma clara e guiarem o objetivo da revisão proposta. Assim, iremos incluir artigos que dirijam o seu estudo à parentalidade positiva e às intervenções de enfermagem que resultam do julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro com o objetivo de obter ganhos na saúde no sistema familiar.

Contexto - os estudos incluídos deverão ter como local de abordagem para a promoção da parentalidade positiva os cuidados de saúde primários.

TIPOS DE FONTES DE EVIDÊNCIA

Para a realização desta revisão de *scoping*, definiram-se como critérios de inclusão, todas as publicações de artigos científicos disponíveis, cujo intervalo de tempo será os últimos 10 anos e redigidos em português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão prossupõem os critérios de exclusão.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa para um protocolo de revisão *scoping* deve ser abrangente, de forma a identificar tanto artigos publicados como artigos não publicados, ou literatura cinzenta, estudos de investigação primários e revisões sobre a temática em estudo. Assim, numa fase inicial e com o objetivo de identificar a literatura existente sobre o tema em estudo, foi realizada uma pesquisa no Google e Google Académico. Esta pesquisa permitiu encontrar os principais descritores e palavras-chave utilizadas neste tipo de temática. Foram então identificadas as seguintes palavras-chave: Family nursing, positive parenting, parents, child, infant, newborn e, *nursing interventions*

Posteriormente, numa segunda etapa, através da plataforma agregadora de base de dados EBSCO, realizou-se uma pesquisa escolhendo as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, de modo a localizar os artigos que poderão responder à questão de investigação. Iniciámos a pesquisa pelos termos naturais e pelos termos indexados, que foram validados nos resumos de tema CINAHL, para a base dados CINAHL Complete e no *Mesh* 2020, para a base de dados MEDLINE Complete (Quadro 1).

Quadro 1. Termos Naturais e Indexados do PCC

PCC	<i>Termo Natural</i>	<i>Termo indexado CINAHL</i>	<i>Termo indexado MEDLINE MeSH</i>
População	“Firstborn infant*” “Family with newborn”	“Infant” “Newborn”	“Infant” “Newborn” Child

	"Only child"	"Child"	
Conceito	"Positive Parenting" "parent*" "nurs* interventions"	"Parenting" "Nursing intervention" Family nurse practitioners "Family nurses" "Family nursing" "Family therapy"	"Parenting" "Nurse's Role" "Family nurse practitioners" "Family nursing" "Family therapy"
Contexto	"Primary health care" "Primary care"	"Primary health care" "Community" "home visit"	"Primary health care" "Atencion primaria" "Community" "home visit"

Com recurso ao operador booleano "OR" foram conjugados os termos naturais de cada constituinte da mnemónica "PCC" com os termos indexados. Com os resultados obtidos de cada pesquisa do "PCC", interligaram-se esses resultados com o booleano AND, em ambas as bases de dados escolhidas, usando a seguinte equação de pesquisa:

"AB (child OR "only child" OR family OR newborn OR infant* OR "firstborn infant*" OR "family with newborn") AND AB (parent* OR "positive parenting") AND AB ("nurs* intervention*" OR "family nurse practitioners" OR "family nurs*" OR "family therapy" OR "nurse's role") AND AB ("primary care" OR "primary health care" OR "atencion primaria" OR community OR "family nurse" OR "home visit")"

A trajetória de pesquisa efetuada encontra-se em apêndice separadamente, a correspondente à base de dados CINAHL Complete (Apêndice I) e a referente à base de dados MEDLINE Complete (Apêndice II).

Como terceira etapa, procedeu-se à análise de títulos e resumos para determinação da elegibilidade dos artigos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Através da aplicação do programa Rayan, foram excluídos os artigos duplicados, os que não se enquadravam com a temática em estudo e os que não disponibilizavam gratuitamente o acesso integral ao texto. A identificação e seleção dos estudos que surgiram da pesquisa, foi realizada, de forma independente, por dois revisores, perspetivando um terceiro revisor para discussão das possíveis situações de desacordo. Seguidamente procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na pesquisa efetuada, na base de dados da CINAHL Complete, verificou-se um total de 34 artigos. Na base de dados MEDLINE complete obteve-se um resultado de 34 artigos. A compilação das pesquisas foi exportada para o programa Rayan, que excluiu 24 artigos por se encontrarem em duplicado. A identificação e seleção dos artigos foi realizada de forma independente por dois revisores através da plataforma Rayyan. Ficaram assim elegíveis 44 artigos, sendo que foram eliminados pelo título/resumo 32 artigos. Após leitura integral dos restantes artigos (12), foram excluídos 8 por não responderem à temática em questão, o que correspondeu à inclusão de 4 artigos. A apresentação dos resultados tendo em conta a questão e critérios de inclusão definidos para esta revisão scoping, encontra-se esquematizada através do Prisma 2009 Flow Diagram (apêndice III). Foi realizada a análise das referências bibliográficas mencionadas, não se identificando artigos para adicionar ao corpus de análise final.

EXTRACÇÃO DE RESULTADOS

Segundo o *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2020) o processo de extração de dados tem como objetivo visualizar e sumariar os resultados obtidos na pesquisa. Este processo de extração de resultados traduz-se numa tabela/quadro, com o propósito de fornecer ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados mais relevantes, referente à questão de revisão e ao objetivo da investigação. Desta forma foi elaborado um quadro (Apêndice IV), onde a informação extraída de cada artigo, está descrita e organizada tendo em conta o objetivo da revisão scoping.

DISCUSSÃO

Esta revisão scoping teve como objetivo mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva em famílias de primogénitos. Identificaram-se quatro artigos, com intervalo das publicações compreendido entre 2013 e 2023 (três artigos foram publicados em 2014 e o quarto artigo em 2023). Estes estudos abordam e descrevem as intervenções de enfermagem em saúde familiar e a importância do papel do enfermeiro de família no acompanhamento de famílias que experienciam a parentalidade pela primeira vez, em contexto de cuidados de saúde primários. Os quatro estudos incluídos decorreram na Finlândia, Suíça e Irlanda do Norte, sendo o artigo remanescente de origem Portuguesa.

Um dos artigos, de Tanninen et al (2014), potencia os resultados positivos sobre a eficácia da enfermagem familiar, referindo que a intervenção pelo enfermeiro de família, assente numa relação cooperativa, contribui para aumentar os recursos internos e externos, por forma a capacitar os pais e beneficiar as famílias, apoiando precocemente e prevenindo

o agravamento dos problemas. Estes autores identificam intervenções que contribuem para aumentar os recursos internos : 1. Ajudar as famílias a transferir a utilização de um recurso de um contexto ou experiência para outro; 2. Transformar uma deficiência num recurso através do reenquadramento cognitivo e 3. Desenvolver competências e como recursos externos: 1. Identificar recursos (ecomapa, genograma, conferências familiares, reuniões de rede/parceiros comunitários); 2. Mobilizar e usar recursos de forma eficaz e 3. Regular e entrada de recursos.

Um outro estudo realizado na Irlanda do Norte, de Smyth & Anderson (2014), vem demonstrar e reforçar a importância da parceria com enfermagem de saúde familiar, onde enumeram alguns tópicos inerentes às intervenções do enfermeiro de família num programa preventivo de saúde pública materna e nos primeiros anos de vida, conhecido por Family Nurse Partnership (FNP, 2013). Este estudo, explora evidências de eficácia, custo-benefício e implicações em termos de recursos e da implementação da parceria com os enfermeiros de família, tendo como objetivo apoiar, de forma eficaz, contínua e intensiva, as necessidades dos jovens pais e dos seus filhos, melhorando a sua vida e a sua saúde a longo prazo. Este apoio é realizado em contexto de visita domiciliária conduzida por profissionais de saúde especialmente treinados, nomeadamente enfermeiras parteiras. Segundo outros estudos, citados por Smyth & Anderson (2014), trata-se de um programa: eficaz, por potenciar a continuidade dos cuidados melhorando os resultados para as mães e seus filhos e aumentando a satisfação dos profissionais e dos clientes; permite benefícios financeiros significativos para o indivíduo, governo e para a sociedade em geral (aumentou os níveis de emprego e uma menor dependência do governo para assistência) e demonstram uma influência positiva na cessação do tabagismo, nas taxas de amamentação, no nível de escolaridade e nas taxas de situação profissional. No entanto, apesar do seu feedback e impacto inicial parecerem positivos, ainda não foi possível estabelecer de forma conclusiva ligações consistentes entre FNP e resultados específicos. Abordam também outras opiniões, nomeadamente uma parceria integrada com os serviços de saúde convencionais promoveria uma maior compreensão do FNP e a aprendizagem poderia ser partilhada entre os profissionais.

Kläusler-Troxler et al (2014), desenvolveram um estudo qualitativo, onde exploraram como mães e pais vivenciaram o recém-nascido na consulta centrada na família e avaliaram um projeto piloto “aconselhamento mãe-pai (MVB) nos cuidados saúde primários” baseado na perspetiva de pais suíços. Neste estudo, usaram como referencial teórico e estruturante, na abordagem terapêutica centrada na família, o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary de Wright e Leahey (2005), por forma a explorar as vivências da transição para a parentalidade de famílias com primogénitos cujos resultados foram esquematizados recorrendo a um modelo de fases, sendo que a linha do tempo inicia com a gravidez até à 12ª semana após o nascimento. Consideram, estes autores, que as vivências sentidas pelos pais,

até aos 3 meses de idade do seu recém-nascido, implicam um processo que envolve 4 fases: a da gravidez, caracterizada pelo planejar e negociar uns com os outros; a da 1ª à 3ª semana de vida do recém-nascido, caracterizada por um querer saber o que está a acontecer envolvendo sentimentos avassaladores; a da 4ª à 8ª semana a fase do organizar, onde os pais em cooperação se vão organizando e adaptando no dia a dia ao ritmo do recém-nascido e por último, a fase da 9ª à 12ª semana (2 aos 3 meses) que corresponde ao controle, obter confirmação, onde os pais conciliam a sua vida familiar quotidiana. Este estudo apresenta e potencia a abordagem centrada na família em contexto de transição para a parentalidade, maximizando: a visita domiciliaria como uma estratégia útil, apreciativa e geradora de confiança; o atendimento abrangente, especialista e dirigido às questões e preocupações mais urgentes do recém nascido (choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano); reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais; ser empático e apoiar emocionalmente, características essenciais para construir confiança; apoiar regularmente facultando acessibilidade por via telefónica e liberdade no agendamento de consulta/entrevista; ações concretas e informações praticas sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e intervenções preventivas de saúde (a vacinação); necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação às suas observações e pensamentos; incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações; criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro (auscultar individualmente) e o ensino de competências de saúde de uma forma continua, regular e gratuita pelo profissional de enfermagem, para além do profissional medico.

Foi incluído um artigo Português (2023) que descreve e analisa a perceção dos pais relativamente ao papel dos enfermeiros em contexto de consulta, nomeadamente sobre as intervenções de enfermagem que implicam ações e nas intervenções de educação para a saúde. Pereira et al (2023) referem que a Educação para a saúde é um processo no qual indivíduos ou grupos aprendem a promover, manter ou restaurar a saúde, é uma pratica que requer uma forma de comunicação que visa promover a literacia em saúde, aumentar conhecimentos e atitudes que conduzam à saúde individual e comunitária, estes autores validaram a importância de uma praxis baseada na parceria entre enfermeiros e crianças/pais, onde existe a identificação das reais necessidades e que influenciará na promoção de estilos de vida saudáveis, tomada de decisões conscientes no processo de saúde e a aquisição de comportamentos protetores de saúde através de estratégias que impulsionem o máximo bem estar do sistema familiar. Identificam a Educação para a saúde como uma ferramenta valiosa na capacitação dos indivíduos na sua promoção da saúde e destacam e reconhecem o papel do enfermeiro como educador e de liderança na adoção de estratégias de educação para a saúde. Neste estudo, a avaliação dos pais é de extrema importância, pois consideram-na um excelente indicador de qualidade dos cuidados, a sua perceção pode ser usada para tornar as intervenções de enfermagem mais eficazes. Os pais consideraram educação para a saúde

como uma prática igualmente importante em comparação com as outras intervenções que implicam ações.

Essencialmente, são artigos que enfatizam e validam o cuidar centrado na família pelo enfermeiro de família, onde exploram e apreciam a família nas suas interações sistêmicas, internas e externas, e identificam recursos; alocado e fundamentado por um referencial teórico de enfermagem. Estes artigos relatam intervenções de enfermagem eficazes e dirigidas à família que experiencia serem pais de primeira viagem, sinalizam a avaliação da percepção dos pais como um indicador de qualidade em relação à eficácia das intervenções de enfermagem.

Alguns dos estudos incluídos, abordam a eficácia de programas de intervenção na comunidade, para apoio e aconselhamento a grupos vulneráveis como grávidas, mães/pais e recém-nascidos, recorrendo à estratégia da visita domiciliar como um contexto favorável, enriquecedor e de grande proximidade para a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos, mais eficazes e eficientes, que a curto e longo prazo se traduzem em ganhos de saúde.

A síntese das intervenções identificadas no corpus de análise final da presente revisão *scoping*, encontra-se elencado numa tabela (Apêndice V).

Estas evidências científicas potenciam a relevância social, contribuem para identificar aspetos da parentalidade em primogénitos e poderão ser uma mais valia para melhorar a prática de cuidados de enfermagem nas consultas de saúde infantil e juvenil, em contexto de cuidados de saúde primários.

Considera-se como principal limitação à presente revisão *scoping*, a limitação dos artigos aos que se encontravam redigidos em português, inglês e espanhol, tendo, contudo, dado resposta ao objetivo inicial que norteou a revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z..(2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute.
- Abreu-Lima, I.; Alarcão, M.; Almeida, Ana, T.; Brandão, M. T.; Cruz, O.; Gaspar, M. F.;& Santos, M. R., (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62362/2/44610>.
- BCSD Portugal (2022). *Objetivos de desenvolvimento Sustentável*. <https://ods.pt/>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2001). *Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo (Outº 2000)*.
- https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57
- Decreto-Lei n.º 151- 2009.(2009) Diário da República, I-A Série (n.º151 de 2009-08-06). 5097-5098
- ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/60/2009/08/06/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa:Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional Para de Saúde Escolar. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019). A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa. Acedido 02.04.2022.
- Disponível em:
- <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. Direção Geral da saúde.
- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Kläusler-Troxler, M.; Kurth, E.; & Spirig, R. (2014) Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland. *Pflege*, (2014), 219-230, 27(4).
- Pereira A., Escola J., Almeida C., Rodrigues V.. (2023) Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment. *BMC Nursing*, (2023), 1-11, 22 (1)
- <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01447.x>
- Plano Nacional de Saúde 2021-2030
- <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

PORDATA (2022). *Estatísticas sobre Portugal e a Europa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022

<https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>

Ministério Público Portugal. Procuradoria-Geral da República (1997). *Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_prot_ecao_dh_biomedicina.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE® Versão 2015

Organização Mundial da Saúde. (2016). *INSPIRE: sete estratégias para acabar com a violência contra crianças*. Organização Mundial de Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar*.

Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Programa Nacional de Saúde Escolar. Parecer nº42/2013*. Ordem dos Enfermeiros.

Smyth, S., & Anderson, G. (2014). Family Nurse PartnerShip: Meeting the needs of teenager mothers. *British Journal of Midwifery*, (2014), 870-875, 22(12)

Tanninen, H.; Häggman-Laitila, A.; Kangasniemi, M.; & Pietilä, A. (2014). How Resource-Enhancing Family Nursing is realized by Finnish parents? An intervention study. *International Journal of Caring Sciences*, 7 (2), 520-529.

World Health Organization. (2014). Recognizing adolescence. acedido em 02.04.2022.

Disponível em:

<https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/section2/page1/recognizingadolescence.html>

World Health Organization. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa.

acedido em 11.04.2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/healthpromotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Apêndices

APÊNDICE I

Histórico da pesquisa na base de dados *CINHAL Complete*

☐	S7	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - infant, newborn: birth-1 month Restringir por SubjectAge: - infant: 1-23 months Restringir por SubjectAge: - all infant Restringir por SubjectAge: - all child Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (34) Ver Detalhes Editar
☐	S6	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (48) Ver Detalhes Editar
☐	S5	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (136) Ver Detalhes Editar
☐	S4	 AB "primary care" OR "primary health care" OR "atencion primaria" OR community OR "family nurse" OR "home visit"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (327,808) Ver Detalhes Editar
☐	S3	 AB "nurs* intervention*" OR "family nurse practitioners" OR "family nurs*" OR "family therapy" OR "nurse's role"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (12,197) Ver Detalhes Editar
☐	S2	 AB parent* OR "positive parenting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (152,398) Ver Detalhes Editar
☐	S1	 AB child OR "only child" OR family OR newborn OR infant* OR "firstborn infant*" OR "family with newborn"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (678,296) Ver Detalhes Editar

APÊNDICE II

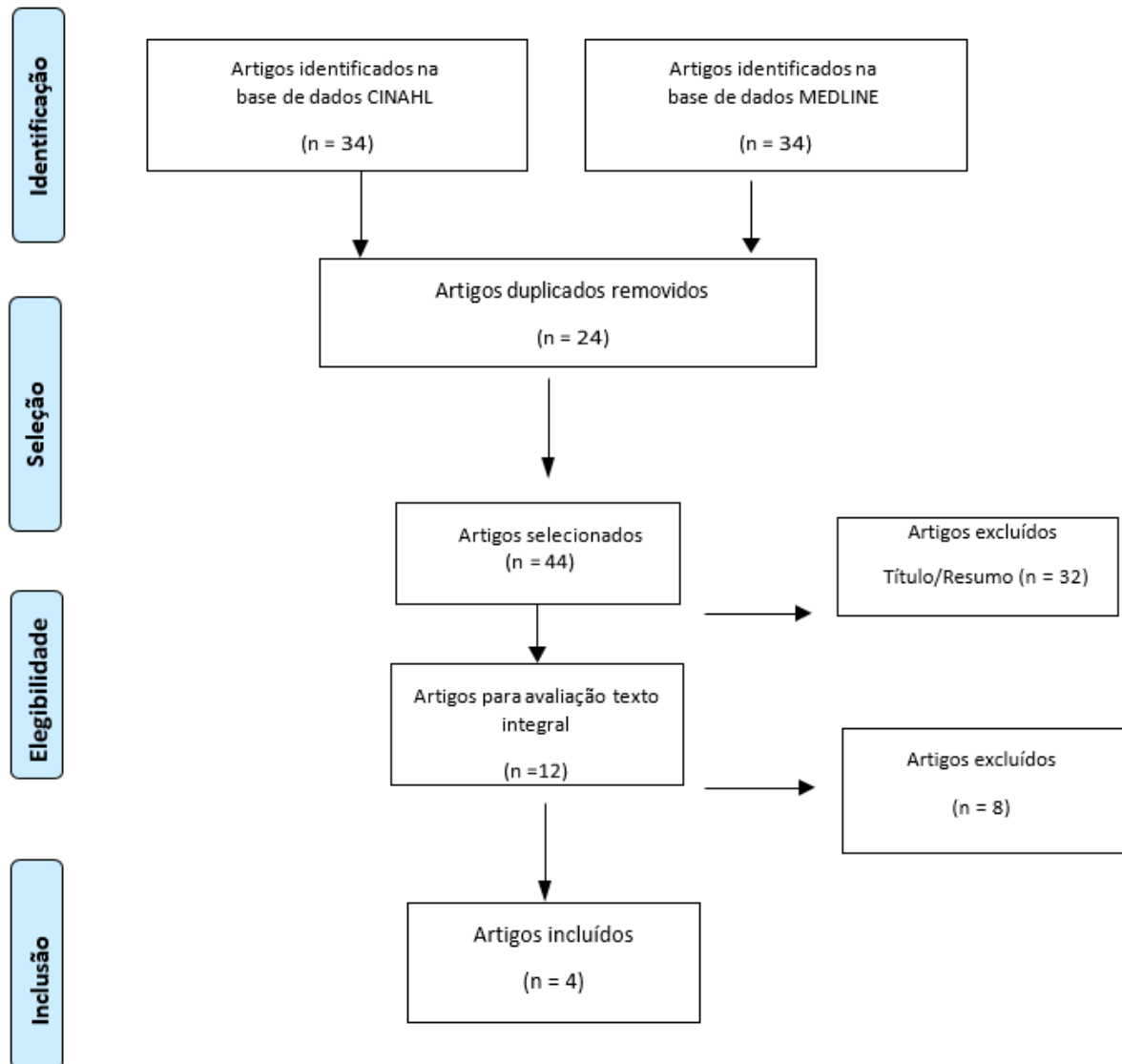
Histórico da pesquisa na base de dados *MEDLINE Complete*

☐	S7	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - infant, newborn: birth-1 month Restringir por SubjectAge: - infant: 1-23 months Restringir por SubjectAge: - all infant: birth-23 months Restringir por SubjectAge: - all child: 0-18 years Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (34) Ver Detalhes Editar
☐	S6	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (45) Ver Detalhes Editar
☐	S5	 S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (135) Ver Detalhes Editar
☐	S4	 AB "primary care" OR "primary health care" OR "atencion primaria" OR community OR "family nurse" OR "home visit"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (804,886) Ver Detalhes Editar
☐	S3	 AB "nurs* intervention*" OR "family nurse practitioners" OR "family nurs*" OR "family therapy" OR "nurse's role"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (10,985) Ver Detalhes Editar
☐	S2	 AB parent* OR "positive parenting"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (469,093) Ver Detalhes Editar
☐	S1	 AB child OR "only child" OR family OR newborn OR infant* OR "firstborn infant*" OR "family with newborn"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,723,954) Ver Detalhes Editar

APÊNDICE III: Prisma 2009 Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

APÊNDICE IV: Tabela de extração de dados

ARTIGO 1
Título da Revisão: Promoção da parentalidade positiva nas Famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem de saúde familiar
Questão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénito?
Critérios de inclusão (PCC): População: Famílias com primogénitos, com idades compreendidas entre os 0 e 12 meses, sem diagnóstico de patologia conhecida Conceitos: intervenções de enfermagem familiar na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos Contexto: Cuidados de saúde primários
Referência Bibliográfica: Tanninen, Hanna-Mari; Häggman-Laitila, Arja; Kangasniemi, Mari; Pietilä, Anna-Maija (2014). How Resource-Enhancing Family Nursing is realized by Finnish parents? An intervention study. International Journal of Caring Sciences - Volume 7, Edição 2, pp. 520-529
Título: <i>“Como a enfermagem familiar, que aumenta os recursos, é realizada pelos pais Finlandeses? Um estudo de intervenção”</i>
Ano de Publicação: 2014
País de Origem: Finlândia
Objetivos: descrever a relação cooperativa entre os pais e uma enfermeira de família e avaliar os benefícios da discussão de enfermagem familiar que aumenta os recursos como uma intervenção realizada em casa.
Tipo de estudo: Estudo empírico descritivo
Metodologia: Participaram do estudo empírico famílias com crianças pequenas com necessidade de apoio precoce (n=26). Os dados da pesquisa foram recolhidos através da aplicação de um questionário semiestruturado, após o término do período de amamentação aos pais. Os dados foram analisados por meio de métodos estatísticos descritivos.
Interpretação desenvolvida: O apoio precoce contribui para o aumento dos recursos, é possibilitado pelo relacionamento cooperativo entre os pais e o enfermeiro de família, com o objetivo de apoiar as famílias a reconhecer e utilizar os recursos existentes e a encontrar novos recursos ao longo da “discussão” /relação terapêutica. O sucesso desta vinculação cooperativa depende das qualidades relacionais do enfermeiro, nomeadamente: ser genuíno, amigável, empático e favorecer uma comunicação confiável; e deverá ser baseada no respeito, no apoio, no incentivo dos pais e da paternidade e no tempo facultado para esta relação terapêutica. A intervenção do enfermeiro de família, neste estudo, resultou num aumento do bem-estar e da saúde nas famílias, mas também nas experiências de apoio pelos profissionais de saúde. Os pais reconheceram que a sua qualidade de vida melhorou durante a intervenção e que a enfermagem familiar teve um impacto positivo na interação dentro do sistema familiar, parentalidade e na educação e cuidados aos filhos. Estes resultados positivos sobre a eficácia da enfermagem familiar que contribui para aumentar os recursos, obtidos em diferentes culturas, indicam que o método é adequado para o apoio precoce a famílias com crianças numa fase inicial e prevenir o agravamento dos problemas. Este método de trabalho ajuda as famílias a identificarem as suas necessidades de apoio de forma mais clara. A intervenção do EF com base na relação cooperativa contribui para aumentar os recursos, para capacitar os pais e beneficiar as famílias. Os pais devem ser

incentivados a participar também da avaliação do serviço e informados de que isso é muito importante para o desenvolvimento do conteúdo de enfermagem familiar. No futuro, as práticas e intervenções em enfermagem familiar terão de ser estudadas através de diferentes métodos, por exemplo, através da gravação de discussões em vídeo. Também seria importante estudar que tipos de competências e conhecimentos os enfermeiros de família necessitarão para aplicar a abordagem de melhoria de recursos.

Contributos para a questão de revisão: A E.F oferece às famílias uma nova perspetiva sobre si mesmas, permitindo, durante a relação terapêutica, que as famílias definam os assuntos e hábitos que são importantes para os membros da família.

Para um relacionamento cooperativo equilibrado, entre enfermeira e pais, implica: respeito mútuo, confiança, igualdade e uma abordagem positiva, encorajar os pacientes e incentivar a agir, observar e escutar as necessidades individuais dos membros da família e usar reforço positivo aos pais.

Questões difíceis por parte da família exige que os pais sejam encorajados e que tenham experiência positiva anterior de apoio prestado pelo EF.

Métodos e meios que contribuem para o aumento de recursos nas famílias:

Recursos Internos: 1. Ajudar as famílias a transferir a utilização de um recurso de um contexto ou experiência para outro; 2. Transformar uma deficiência num recurso através do reenquadramento cognitivo; 3. Desenvolver competências

Recursos externos: 1. Identificar recursos (ecomapa, genograma, reuniões familiares, reuniões de rede); 2. Mobilizar e usar recursos de forma eficaz; 3. Regular e entrada de recursos.

Aumentar recursos poderá ser através de: orientação por vídeo, genograma, mapa de papéis dos pais, cooperação em rede com parentes próximos da família, autoridades, mãe-atividade infantil em grupo e observação das condições familiares.

O que os pais esperam dos EF?

- relação cooperativa equilibrada: maturidade intelectual, a simpatia e a honestidade; o EF deverá ser confiável, genuíno, caloroso, empático e orientado para o cuidado, promover o sucesso da cooperação, boas competências interativas e colaborativas e apoio prático

- acessibilidade, tempo e apoio social pelo EF são fatores contributivos para a melhor experiência

- Valorizam aspetos como: abertura, incentivo, igualdade de tratamento e os conselhos e dicas para a vida quotidiana, compaixão e empatia, escuta ativa (histórias dos pais) e encontrar novas perspetivas com a família

- referem ser mais difícil lidar sobre a melhoria dos recursos face a questões internas desagradáveis e dolorosas das famílias

- esperam competências profissionais do EF dirigidas às causas/preocupações das famílias

- esperam que EF: compreenda corretamente a sua situação, aumente a sua confiança nos seus próprios recursos e incentive a encontrar as suas próprias soluções.

Quais os benefícios de EF na perspetiva dos pais?

- reconhecem o apoio externo pelo EF, quer em experiências anteriores bem como acrescentam a possibilidade de apoio externo no futuro (sobre: educação das crianças, a paternidade, cuidar das crianças e família, reparação do relacionamento dos pais ...)

- reconhecem que as intervenções do EF acarretam benefícios positivos no enfrentar da vida quotidiana

- referem que EF aumenta a interação dentro das famílias (tranquilidade aos pais, apoio na criação dos filhos e na gestão da tarefa parental, fornecem ferramentas para o seu próprio crescimento mental) e ajuda no planeamento das suas vidas (cuidado no relacionamento, no enfrentar do dia a dia em família e no regresso à atividade laboral)

A intervenção do EF permite antecipar, evitando problemas e situações difíceis de vida (ansiedade, aumento de pressão) contribuindo na prevenção de problemas que poderão conduzir a patologia no sistema familiar (como exemplo: problemas de saúde mental, divórcios, disputas relacionadas à guarda dos filhos e direitos de visita, situações difíceis de vida e traumas emocionais).

ARTIGO 2	
Título da Revisão: Promoção da parentalidade positiva nas Famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem de saúde familiar	
Questão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénito?	
Critérios de inclusão (PCC): População: Famílias com primogénitos, com idades compreendidas entre os 0 e 12 meses, sem diagnóstico de patologia conhecida Conceitos: intervenções de enfermagem familiar na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos Contexto: Cuidados de saúde primários	
Referência Bibliográfica: Smyth, Suzie, Anderson, Gail (2014). Family Nurse PartnerShip: Meeting the needs of teenager mothers. <i>British Journal of Midwifery</i> , (2014), 870-875, 22(12)	
Título: “Parceria com Enfermeiros de Família: atendendo às necessidades das mães adolescentes”	
Ano de Publicação: 2014	
País de Origem: Irlanda do Norte	
Objetivos: Atender mais eficazmente às necessidades dos jovens pais e dos seus filhos melhorará a sua vida e a sua saúde a longo prazo.	
Tipo de estudo: Artigo de jornal profissional	
Metodologia: Este artigo examina a Family Nurse Partnership (FNP) como uma iniciativa de saúde pública para apoiar mulheres jovens e melhorar os resultados delas mesmas e dos seus filhos. Explora evidências de eficácia, custo benefício e implicações em termos de recursos e discute o papel da parteira no contexto das iniciativas de saúde pública e, especificamente, na implementação da Parceria de Enfermeiros de Família.	
Interpretação desenvolvida: Há um conjunto crescente de evidências que destacam o impacto do desenvolvimento no útero e nos primeiros anos como fatores que estabelecem as bases para o desenvolvimento e bem-estar físico, emocional, intelectual e mental a longo prazo (Allen, 2011). Atender mais eficazmente às necessidades dos jovens pais e dos seus filhos melhorará as suas oportunidades de vida (Davis et al, 2013). FNP é um programa preventivo de saúde pública materna e nos primeiros anos, que fornece apoio intensivo contínuo através de visitas domiciliárias conduzidas por profissionais de saúde especialmente treinados, que trabalham com um número de casos de mulheres (FNP, 2013). Foi originalmente concebido para apoiar jovens mães de primeira viagem e de baixa renda durante a gravidez e até a criança atingir os 2 anos de idade (Olds et al, 2004). Este programa pretende dar resposta a 3 objetivos: 1. melhorar os resultados da gravidez, para que o seu bebé tenha o melhor início de vida; 2. melhorar a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos, desenvolvendo os seus conhecimentos e competências parentais; 3. melhorar a autossuficiência económica dos pais (Mejdoubi et al, 2011; Mejdoubi et al, 2013). Permite construir um apego e um relacionamento positivo com o seu bebé; compreender as necessidades do seu bebé; fazer escolhas positivas de estilo de vida; construir a autoeficácia dos pais e ajudá-los a construir relacionamentos positivos (FNP, 2013). Envolve visitas domiciliárias semanais ou quinzenais que geralmente duram de 1 a 1,5 horas. Implica um trabalho em parceria sendo que as	

participantes podem ser referenciadas por assistentes sociais, médicos de família, serviços de gravidez na adolescência e, em alguns casos, podem ser encaminhados por conta própria.

As enfermeiras parceiras requerem conhecimentos e competências adicionais, uma vez que se estende para além do puerpério, até aos 2–3 anos pós-natais, sendo uma estratégia de resposta a parceria com EF. Esta parceria incorpora 3 princípios da saúde pública: Colaboração (amplo conhecimento dos recursos disponíveis e ajudar os participantes a compreendê-los e a utilizá-los face às suas necessidades para que a longo prazo os participantes tenham mais conhecimento e confiança no acesso e utilização dos serviços no futuro); Parceria (a parceria entre o praticante da FNP e os participantes é um dos fatores identificados pelos mesmos sobre o sucesso do programa, através deste trabalho em parceria e da adoção de uma abordagem capacitadora, o programa visa promover, encorajar e desenvolver a auto-suficiência e a auto-eficácia) e Equidade (melhorar e proteger a saúde e o bem estar de toda a população, mas reconhece a necessidade de atingir grupos específicos onde há evidências de desigualdades na saúde e um maior risco de resultados piores (Hurst, 2008), visa reduzir as desigualdades na saúde e melhorar os resultados tanto para a mãe adolescente como para o seu filho, através do envolvimento numa abordagem psicoeducacional e da prestação de apoio intensivo através de visitas domiciliárias, materiais e atividades (Trueland, 2013)).

A investigação também indica que a continuidade dos cuidados melhora os resultados para as mulheres e os seus filhos e aumenta a satisfação dos trabalhadores e dos clientes.

Vários estudos também relatam que o FNP resulta em benefícios financeiros significativos para o indivíduo, o governo e a sociedade em geral (Owen-Jones et al, 2013), tendo as mães no programa aumentado os níveis de emprego e uma menor dependência do governo para assistência (Olds e outros, 2010).

Dados preliminares do Reino Unido mostram uma influência positiva na cessação do tabagismo, nas taxas de amamentação e no nível de escolaridade e nas taxas de situação profissional (Schrader-McMillan et al, 2012). Embora o feedback e o impacto inicial pareçam positivos, ainda não é possível estabelecer de forma conclusiva ligações firmes entre a PNF e resultados específicos (Ormston e McConville, 2012).

É mais fácil para os políticos apoiar projetos de curto prazo orientados para resultados, em vez de intervenções preventivas de longo prazo, como estes não produzem resultados rápidos e tangíveis que sejam populares entre os eleitores (Baggott, 2000).

Há opiniões de que o FNP poderia potencialmente ser integrado com os serviços convencionais, o que promoveria uma melhor compreensão do FNP e a aprendizagem poderia ser partilhada com colegas e informar a sua prática (NHS Commissioning Board, 2012).

Contributos para a questão de revisão: Neste programa e de acordo com a população alvo, relatam a importância da parceria com EF, enumerando alguns dos tópicos inerentes às intervenções do EF, tais como: saúde pessoal - **Construir práticas positivas de saúde**; saúde ambiental – **Gerir casa e a vizinhança para garantindo o desenvolvimento saudável da criança**; desenvolvimento do curso de vida - **Trabalhar em prol de aspirações e objetivos futuros, incluindo educação e emprego**; papel materno - **Desenvolver as habilidades e conhecimentos para promover a saúde e o desenvolvimento de seus filhos**; família e amigos - **Desenvolver as habilidades para construir relacionamentos positivos e melhorar o apoio social** e Outros serviço (humanos, saúde) - **Habilitando o acesso a outros serviços** O sucesso da FNP depende das **relações positivas entre profissional e mãe**, baseadas na **confiança e no respeito**, fator mais importante na manutenção do envolvimento (Sawyer et al, 2013). Isto é reforçado pelo valor que os jovens atribuem às **atitudes** dos funcionários (Duggan e Adejumo, 2012), bem como aos **objetivos partilhados**, à **confiança**, à **aceitação**, à **confidencialidade** e à **capacidade de comunicar de forma eficaz** (Naidoo e Wills, 2010; Brook, 2011).

Este programa coloca como hipótese de integrar os serviços convencionais o que promoveria uma melhor compreensão do FNP e a aprendizagem poderia ser partilhada com colegas e informar a sua prática.

ARTIGO 3
Título da Revisão: Promoção da parentalidade positiva nas Famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem de saúde familiar
Questão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénito?
Critérios de inclusão (PCC): População: Famílias com primogénitos, com idades compreendidas entre os 0 e 12 meses, sem diagnóstico de patologia conhecida Conceitos: intervenções de enfermagem familiar na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos Contexto: Cuidados de saúde primários
Referência Bibliográfica: Kläusler-Troxler, Marianne; Kurth, Elisabeth; Spirig, Rebecca. (2014) Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland. <i>Pflege</i> , (2014), 219-230, 27(4).
Título: <i>“Experiências de jovens pais com o cuidado centrado na família na Atenção primária na Suíça: um estudo de avaliação qualitativa”</i>
Ano de Publicação: 2014
País de Origem: Suíça
Objetivos: Explorar como mães e pais vivenciaram a recém-nascida na consulta centrada na família e avaliar o projeto piloto “aconselhamento mãe-pai (MVB) nos cuidados saúde primários” na perspetiva dos pais, no noroeste da Suíça.
Tipo de estudo: Estudo qualitativo
Metodologia: A recolha de dados foi realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas com uma amostra de cinco pais, primíparas de neonatos saudáveis. Entrevistas individuais a cinco mães e cinco pais. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo segundo Mayring.
Interpretação desenvolvida: Este estudo usou o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary de wright e Leahey (2005), como referencial teórico devido ao foco de atenção ser a família. O nascimento de um filho transforma a vida quotidiana dos jovens pais, sendo uma das transições mais significativas na vida de uma pessoa. A experiência e recursos para lidar com recém-nascidos/crianças pequenas muitas vezes faltam nas pequenas famílias, o começo da paternidade e a vida quotidiana são caracterizados por sentimentos existenciais fortes e mutáveis, ocorre um confronto com a nova compreensão dos papéis quer dentro e fora do sistema familiar. Revisões sistemáticas de literatura mostraram efeitos positivos em relação: à parentalidade prolongada, habilidades parentais no ambiente doméstico, melhor comportamento do sono da criança, apoio social às mães e à saúde materno-infantil (Elkan et al.2000; McNauhten 2004). Já Christie e Bunting (2011) referem que as mães que recebem consultas domiciliárias regulares de enfermeiras reduz o uso de serviços de emergência. Na Suíça, o aconselhamento profissional (MVB) em cuidados primários oferece um serviço abrangente, maioritariamente gratuito, em que cerca de 75% das consultas são para crianças até um ano e pouco menos de 25% com mais de um ano. Mostraram ainda que: 58% de todos os pais procuraram apoio do MVB com dúvidas sobre cuidados, nutrição, saúde e comportamento; 25% dos

entrevistados recorreram a parentes, 6% a vizinhos e conhecidos, 4% a pediatras e 7% procuraram ajuda em outro lugar (literatura, internet). Um outro estudo acrescentou que apenas 5% dos participantes que procuravam aconselhamento eram homens.

Os resultados deste estudo foram esquematizados através de um modelo de fases, sendo que a linha do tempo inicia com a gravidez até à 12ª semana após o nascimento. Foca 4 fases:

1. Gravidez - fase "aguardar ansiosamente", caracterizada pelo planejar e negociar uns com os outros (partilha e influências por experiências pessoais com famílias que tiveram um filho; informações provenientes de boatos, literatura e internet; planeamento e cooperação entre o casal, distribuição de papeis e cuidado ao filho quando a mãe retorna ao trabalho).
2. 1ª à 3ª semana pós nascimento - fase "Tem sentimentos avassaladores", caracterizada por um querer saber o que está a acontecer. Os pais vivenciam uma situação de vida nova, inusitada e intensa, em que a vida quotidiana muda completamente. Mães experienciam emoções avassaladoras pós-parto e a sensação de estar sozinha é agravada pela ausência temporária do companheiro. Pais deparam-se com um mundo novo e desconhecido, onde experienciam novos papeis exigentes e stressantes principalmente numa fase inicial. É uma fase em que os pais pretendem passar muito tempo com o filho, mas para alguns tem que retomar com as obrigações profissionais. Os pais querem saber o que está a acontecer, nomeadamente: - serem capaz de compreenderem o RN com a sua expressão não verbal; - chorar é uma característica do RN que é perturbadora e é frequente quererem saber o porquê; dúvidas acerca do comportamento e necessidades do RN na vida quotidiana, pretendem segurança de que estão a fazer a coisa certa. Resumindo os pais sentem necessidade de: maximizar o tempo possível de aprendizagem em casa com os filhos; respostas rápidas; soluções para todas as questões abertas (assuntos pessoais, cuidado e apoio) quer pelos profissionais quer pela própria família e amigos. É importante salientar que os pais procuram outras fontes de informação tais como: internet. Livros, brochuras etc).

3. 4ª à 8ª semana (1 aos 2 meses) pós nascimento - fase do "organizar", caracterizada por "ganhe segurança" onde os pais em cooperação se vão organizando e adaptando no dia a dia ao ritmo do RN. Partilham responsabilidades, apoiam-se e "aliviam" as dificuldades sentidas face aos cuidados ao RN e nas tarefas domésticas, muitas vezes com a ajuda dos recursos como a família próxima (mães, sogras...).

Pais começam a ganhar segurança, tornam-se mais experientes no cuidar do seu filho (choro e amamentação), demonstram ser capazes de implementar ritmos diários e de sono. Adquirem experiência pessoal e lidam com a vida quotidiana com mais confiança. Usam o termo dicas às informações que procuram relacionadas com o seu filho. Pretendem descobrir a solução mais adequada e adaptada no cuidado diário ao seu filho. O profissional de saúde deve ser capaz de atender às necessidades de informação sentidas e identificadas pelos pais.

4. 9ª à 12ª semana (2 aos 3 meses) - fase "ficar sob controle", caracterizada por "obter confirmação", onde os pais conciliam a sua vida quotidiana com o seu RN cada vez mais ordenada e estruturada, já estabelecem rotinas diárias e novos rituais, ou seja, existe um regresso ao controle da vida familiar quotidiana. Identificam que o tempo ainda é curto para estarem como parceiros/casal. A necessidade parental de apoio muda em que os pais pretendem "obter confirmação, salientando-se a necessidade de apoio e ajuda quando surgem questões de saúde, vigilância e nutrição, sendo que o foco de atenção durante a consulta/entrevista é o crescimento e desenvolvimento da criança.

Segundo este estudo identificam as fases 2 e 3 como o momento em que os pais necessitam de apoio na sua vida quotidiana, de aconselhamento profissional, de construir confiança e de obter ajuda concreta.

Pais identificam a visita domiciliar como uma estratégia útil, apreciativa e geradora de confiança. Cabe ao profissional construir a confiança: - um atendimento abrangente, especialista e dirigido às questões e preocupações mais urgentes (choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano do RN); - reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais; - ser empático e apoiar emocionalmente são competências valorizadas pelos pais e essenciais para construir confiança; - apoiar regularmente; - demonstrar acessibilidade por via telefónica e cumulativamente liberdade no agendamento de consulta/entrevista. Todas estas intervenções são promotoras e fortalecem a confiança na relação terapêutica entre enfermeiro e a nova família, ou seja, potenciam o construir da confiança. São nestas

fases que os pais pretendem obter ajuda concreta, desejam ações concretas e informações práticas sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil, bem como intervenções preventivas de saúde, como a vacinação, necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação às suas observações e pensamentos. Outras intervenções apresentadas e identificadas prendem-se com as intervenções centradas na família por forma a incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações; criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro (auscultar individualmente) e o ensino de competências de saúde de uma forma contínua, regular e gratuita pelo profissional de enfermagem, para além do médico.

Contributos para a questão de revisão: Este aconselhamento/consulta parental pós-parto, centrado na família permitiu **construir confiança e apoio profissional** nos primeiros 3 meses após o nascimento do seu primeiro filho. **Mães e pais consideraram a consulta centrada na família eficaz.** Sentiram-se mais seguros e confiantes “para lidar com a nova situação” e obtiveram **apoio confiável, concreto e profissional** para cuidar do seu bebé, nomeadamente **no que diz respeito à amamentação, ao choro e aos padrões de sono.** A **exaustão/cansaço e a depressão nas mães são desafios comuns nas fases iniciais após nascimento.** Os pais sentiram-se **incluídos** nos cuidados pós-natais desde o início. Em simultâneo, **apoiou os pais no regresso à sua vida quotidiana.**

A enfermagem familiar oferece uma estrutura útil para os cuidados de saúde pós-natais centrados na família que promove o envolvimento dos pais desde o 1º contacto. **Apoia e fortalece as famílias mobilizando os recursos.** Os pais jovens precisam de **ajuda para enfrentar os desafios**, têm muitas perguntas sem resposta ao lidar com o filho, principalmente se for o primeiro. Os familiares e amigos muitas vezes também fornecem apoio profissional.

Ao profissional de enfermagem cabe novas habilidades para aconselhar mãe-pai:

- **intervenções devem ser dirigidas especificamente a toda a família;**
- **estruturar a sua prática usando um referencial teórico cujo foco sejam cuidados centrados na família;**
- **registar a situação familiar atual de forma estruturada e direcionada, sendo que o foco de avaliação está na construção de relacionamentos e na aplicação do instrumento de apreciação- genocograma;**
- **genocograma permite aos pais conhecer sua família, sua experiência com a situação familiar atual e, no menor tempo possível, ser capaz de comunicar e visualizar suas preocupações;**
- **Incentivar e apoiar os pais assumir novas tarefas com o seu filho primogénito;**
- **reconhecer, valorizar e reforçar positivamente os jovens pais pelo seu desempenho**
- **capacitar os pais a lidar com inseguranças e dificuldades, adotando uma abordagem direcionada e orientada a recursos para lidarem com o seu filho;**
- **apoiar os pais na sua autonomia;**
- **Usar um modelo de cuidados centrados na família fortalece as intervenções, as famílias e foca a sua resiliência, permitindo identificar recursos internos e externos que possam contribuir na ajuda pessoal e apoio emocional durante o decorrer da vida quotidiana;**
- **identificar se existe necessidade de esclarecimentos e/ou necessidade de ajuda profissional adicional, no final da entrevista familiar.**

Intervenções baseadas em informação e orientação sobre os cuidados ao RN promovem competências de saúde parental.

Aconselhamento amplo, contínuo, de acesso gratuito, ajuda especializada, englobando o novo contexto da vida quotidiana, durante esta fase crítica da transição para a parentalidade, incute confirmação e apreço aos novos pais e potencia ganhos na saúde familiar a longo prazo.

Um relacionamento confiável com um profissional contribui para um crescente ganho de segurança no dia a dia com o seu primogénito.

Pais de primeira viagem, nos primeiros 3 meses, enfrentam um processo de desenvolvimento de estratégias e domínio perante a nova situação de vida com o seu filho. Cabe ao profissional **ajudar e negociar estratégias que permitam gerir as dificuldades, com base no conhecimento da estrutura interna e externa da família, através da mobilização dos recursos.**

O puerpério é descrito como um momento de sentimentos intensos, impotência e insegurança ao lidar com RN. É uma fase vulnerável e instável, onde a **vida quotidiana não se encontra estruturada, exigindo um suporte abrangente e profissional.**

Apoio informativo e empático direcionado à família fortalece os pais no cuidado ao recém-nascido e contribui para um rápido retorno à normalidade da vida quotidiana.

Nestes 3 primeiros meses de vida, o **desafio diário é o equilíbrio entre a carga de trabalho profissional completa, responder às necessidades pessoais de cada elemento do sistema familiar, manter contacto diário com a criança e “aliviar” a carga do parceiro.** Envolve sentimentos fortes e ambivalentes acompanhados pelo desejo de organizar a nova situação de vida o mais rápido possível e chegar à fase de controlo.

As mães receberam **ajuda pessoal e apoio emocional durante a sua vida quotidiana através dos seguintes recursos: companheiro, família extensa (avó materna e/ou paterna) e apoio profissional amplo, regular e gratuito.** Entre os 2 e os 3 meses também identificaram a **internet, livros, brochuras e todos os suportes de difusão de informação dos Mídias,** como recursos externos ao sistema familiar. Salientaram que o **apoio profissional permitiu encontrar soluções pessoais dentro das estruturas familiares no seu dia a dia,** no que dizem respeito a questões de enfermagem e aprendizagem de novas habilidades para cuidar do seu filho. **Após os 3 meses de nascimento, os pais pretendem estabilizar a vida quotidiana da família.**

Este estudo enumera e dirige algumas **intervenções durante este período de tempo no intuito de promover e fortalecer a relação terapêutica com a família,** construindo a confiança, tais como:

- a **visita domiciliar** como uma estratégia útil, apreciativa e geradora de confiança;
- prestar um **atendimento abrangente, especialista e dirigido às questões e preocupações mais urgentes** (choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano do RN);
- **reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais;**
- **ser empático e apoiar emocionalmente** são competências valorizadas pelos pais e essenciais para construir confiança;
- **apoiar regularmente e demonstrar disponibilidade de acessibilidade** por via telefónica e cumulativamente liberdade no agendamento de consulta/entrevista.
- **dar ajuda concreta através de ações concretas e informações práticas** sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil;
- **intervenções preventivas de saúde,** como a vacinação, necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação às suas observações e pensamentos.
- **intervenções centradas na família** por forma a **incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações; criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro** (auscultar individualmente) e o **ensino de competências de saúde de uma forma contínua, regular e gratuita pelo profissional de enfermagem, para além do médico.**

ARTIGO 4
Título da Revisão: Promoção da parentalidade positiva nas Famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem de saúde familiar
Questão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénito?
Critérios de inclusão (PCC): População: Famílias com primogénitos, com idades compreendidas entre os 0 e 12 meses, sem diagnóstico de patologia conhecida Conceitos: intervenções de enfermagem familiar na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos Contexto: Cuidados de saúde primários
Referência Bibliográfica: Pereira A., Escola J., Almeida C., Rodrigues V. (2023) Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment. BMC Nursing, (2023), 1-11, 22 (1) https://doi.org/10.1186/s12912-023-01447-x
Título: “Educação em saúde prestada por enfermeiros a crianças e jovens: avaliação dos pais”
Ano de Publicação: 2023
País de Origem: Portugal
Objetivos: identificar a avaliação feita pelos pais sobre a prática de ES, prestada pelos enfermeiros, às crianças, aos adolescentes e aos pais.
Tipo de estudo: Estudo descritivo, quantitativo e transversal, com amostra não probabilística de conveniência
Metodologia: trata-se de uma investigação quantitativa e transversal, desenvolvida em duas áreas distintas: cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários, no período de setembro a dezembro de 2018. Como critérios de inclusão foram: ser pai que costuma frequentar consultas de saúde dos filhos na atenção primária à saúde (até aos 18 anos); ser pai de filho internado e acompanhá-lo na enfermaria do hospital pediátrico. Foi construído um questionário de pesquisa com três seções: caracterização da amostra, práticas de Educação em Saúde realizadas pelos enfermeiros (5 questões) e uma escala que mensurou a Escala de Avaliação de Educação em Saúde (HEAS), que continha 48 itens e foi validada. Foi aplicado de setembro a dezembro de 2018.
Interpretação desenvolvida: Este estudo mostra que a Educação para a Saúde(ES) ministrada pelos enfermeiros baseia-se na identificação das necessidades, numa perspetiva de envolvimento e participação, promovendo a saúde e mudanças conscientes o que reforça a posição dos enfermeiros como educadores em saúde. A OMS promove uma abordagem integrada (...), e uma continuidade de cuidados ao longo dos primeiros anos para salvaguardar os seus resultados de desenvolvimento, incluindo a redução de fatores de risco para doenças que podem surgir mais tarde na vida. A ES é um processo no qual indivíduos ou grupos aprendem a promover, manter ou restaurar a saúde, é uma prática que requer uma forma de comunicação que visa promover a literacia em saúde, aumentar conhecimentos e atitudes que conduzam à saúde individual e comunitária.

Vários estudos apontam que “mais literacia em saúde, mais redução de comportamentos erráticos e consequentemente, mais ganhos em saúde”, contribuindo para ajudar os pais e cuidadores a utilizar os serviços de saúde de forma eficaz.

Os pais e cuidadores desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e do bem-estar dos seus filhos, os enfermeiros ajudam-nos no desenvolvimento das suas competências parentais e na sua capacidade de desempenho eficaz.

“Para se construir um futuro melhor, a sociedade tem que investir nas crianças” por isso é importante que os enfermeiros demonstrem desenvolver cuidados de qualidade que atendam aos padrões de segurança com resultados satisfatórios para o paciente.

Os enfermeiros encontram-se na base de todos os sistemas de saúde do mundo pelo que ocupam a melhor posição para influenciar o bem-estar de saúde dos indivíduos e da comunidade, e os pais, como parceiros nos cuidados, podem avaliar as competências relacionais e de conhecimento de saúde do profissional.

Em Portugal a promoção de saúde melhorou significativamente, no entanto as desigualdades em saúde associadas aos determinantes de saúde (stress, condições das pessoas, ambiente físico) e fatores de risco comportamentais (tabaco, álcool, dieta e inatividade física) continuam a existir. Por exemplo, para crianças até aos 6 anos, existem programas com responsabilidade intersectorial e abordagens interdisciplinares realizados por enfermeiros.

Os enfermeiros desenvolveram uma prática baseada em ambientes promotores de saúde capazes de criar mediação, negociação e construir uma relação de parceria e confiança, fazendo com que crianças, adolescentes e pais se sintam parte essencial do processo, que inerentemente promove uma prática voltada às suas necessidades de saúde.

Esta colaboração entre enfermeiros e pais, baseia-se no diálogo, na ação, na flexibilidade e na reciprocidade tal como referem Sundal & Vatne (2020), um outro estudo de Sjunnestrand et al (2019) também refere que o diálogo é facilitado se for construído na confiança e o presente estudo aponta para a eficácia da comunicação verbal e não verbal, desenvolvida pelos enfermeiros como uma competência essencial na promoção de saúde corroborando projecto pan-europeu Desenvolvimento de Competências e Padrões Profissionais para a Capacitação em Promoção da Saúde na Europa (Com-PHP), do Gabinete Europeu da União Internacional para Promoção e Educação em Saúde.

A percepção dos pais em relação à prática da ES desenvolvida pelos enfermeiros:

- 100% afirmam que se **sentem à vontade para conversar com o enfermeiro** sobre assuntos relacionados com a saúde da criança/adolescente;
- 79,6% consideram que o **enfermeiro demonstra disponibilidade para esclarecimento de dúvidas** sobre os assuntos relacionados com a saúde da criança/adolescente;
- 61,9% referem que os **enfermeiros preparam a prática de acordo com as necessidades**;
- 23,9% referem que esta **prática é realizada com roteiros/normas elaboradas**;
- 14,2% o **planeamento é baseado na improvisação**;
- Identificam como **assuntos mais importantes** a serem discutidos: “Alimentação saudável” (60.3%), “Plano Nacional de Vacinação” (53.1%) e “Prevenção de comportamentos nocivos” (46,9%);
- 66.4% consideram que a **prática ES em comparação com as outras intervenções tem a mesma importância** e 33.6% identificam a prática ES como a mais importante.

- relataram **um clima de confiança com os enfermeiros** que lhes permite trocar impressões ou dúvidas sobre o estado de saúde dos seus filhos;

Este estudo demonstrou o reconhecimento de uma prática que valoriza a parceria entre enfermeiros e crianças/ pais, que identifica as suas reais necessidades e que contribui para: a promoção de estilos de vida saudáveis, o respeito pela tomada de decisões no processo de saúde e a adoção de comportamentos de proteção à saúde por meio de estratégias que motivem o máximo potencial de saúde do sistema familiar

Contributos para a questão de revisão: A eficácia das intervenções depende da sua adequação ao público-alvo, e por isso, vários estudos e literatura científica destacam o **papel dos enfermeiros na liderança da adoção de estratégias de ES**, reconhecem como o profissional de saúde com um papel

amplo que **identifica problemas, interrompe trajetórias negativas de desenvolvimento, promove saúde comportamentos e estilos de vida, e melhora a inclusão social através do fortalecimento da participação comunitária.** Contribuindo assim, para o **aumento da literacia em saúde da população e promovendo a capacidade de decisões de saúde informadas.**

A prática da ES é uma ferramenta valiosa, em que o enfermeiro desempenha um papel importante na **capacitação dos indivíduos na sua promoção da saúde,** pelo que o seu papel como educador no processo de promoção da saúde como a sua **capacidade técnica e humana para atender às necessidades dos indivíduos e das famílias** são reconhecidas.

A **avaliação dos pais** é de extrema importância, é um **indicador de qualidade dos cuidados,** pois a sua percepção pode ser usada para **tornar as intervenções de enfermagem mais eficazes.**

Pais consideraram ES como uma prática igualmente importante em comparação com as outras intervenções.

Após avaliação da percepção dos pais podemos elencar como **intervenções de enfermagem eficazes:**

- **Demonstrar tempo disponível para esclarecimento das dúvidas aos pais** poderá ser indicador de uma boa organização dos cuidados e gestão do tempo, potenciando um melhor acesso aos cuidados de saúde, aumento da procura de cuidados de enfermagem e respetivos ganhos em saúde;

- **Identificar problemas/necessidades, promover a manutenção do estado de saúde das crianças e pais** são intervenções que promovem uma prática ES eficiente

- Orientar a prática de ES com base no **Programa Nacional de Saúde infantil e juvenil,** contribuindo para a **capacitação de boas práticas e tomadas de decisão em saúde por parte dos pais** como responsáveis pela saúde e bem-estar das crianças

- **Demonstrar flexibilidade na satisfação das necessidades dos pais**

- **Identificar as necessidades da criança e pais com base em linhas de ação adequadas, direcionadas e adaptadas ao binómio criança e complexidade dos pais**

- **Capaz de atuar e interferir nos determinantes da saúde**

- **Conhecer as necessidades da família/indivíduo** potencializa o sucesso das intervenções pelo enfermeiro

- **Conhecer os comportamentos e atitudes mais valorizados pelos pais, tais como: Alimentação, Plano Nacional de Vacinação e prevenção de comportamentos nocivos**

- **Uso de uma abordagem centrada na família** relativamente à prática educação parental permitirá aos pais praticar e melhorar as competências ao longo do tempo

- **comunicar eficazmente, favorece a construção de uma relação terapêutica** entre o enfermeiro e os pais, promovendo uma relação de confiança;

- **Incentivar a parceria de cuidados** melhora o desempenho parental, aumenta a literacia em saúde e a tomada de decisão responsável

Benefícios da ES:

- eficaz e potencializadora de comportamentos conscientes, voluntários e promotores de saúde

- reconhecimento da relação de proximidade com o enfermeiro, do envolvimento e participação dos pais e do seu papel ativo na ES

- permite o respeito pela tomada de decisão em saúde adotada pelos pais

- permite a valorização dos pais como uma estrutura com funções e recursos que influenciam os filhos, processos de saúde e doença

- prioriza a divulgação de estilos de vida saudáveis, gerando comportamentos promotores de saúde

- é um suporte para a mudança comportamental da criança/pais.

- integra temas prioritários com a alimentação saudável; plano vacinação e prevenção de comportamentos nocivos

Os resultados deste estudo evidenciam a posição do enfermeiro como educador em saúde e salientam a necessidade de outras pesquisas por forma a dar continuidade à visibilidade da eficácia da ES e seu contributo na manutenção da melhoria contínua da qualidade da prática de enfermagem.

APÊNDICE V: Síntese das intervenções de enfermagem identificadas na revisão scoping

Intervenções em Enfermagem de Saúde Familiar	Cognitivo	- Ensinar de acordo com as necessidades identificadas, as normas /orientações preconizadas e com um planejamento baseado na improvisação; - Intervir eficazmente depende da sua adequação ao público-alvo, da identificação de problemas, interrupção de trajetórias negativas de desenvolvimento, promoção de comportamentos e estilos de vida e da inclusão social através do fortalecimento da participação comunitária; - Contribuir para o aumento da literacia em saúde promovendo a capacidade de decisões de saúde informadas; - Capacitar o sistema familiar na sua promoção de saúde tendo por base as necessidades individuais e do sistema familiar; - Avaliar a percepção dos pais como indicador de qualidade dos cuidados contribui para tornar as intervenções de enfermagem mais eficazes; - Ensinar sobre as competências de saúde de uma forma contínua, regular e gratuita pela equipa de profissionais USF; - Prestar um atendimento abrangente, especialista e dirigido às questões e preocupações mais urgentes (choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano do RN); - Aconselhar amplamente, contínuo, de acesso gratuito, ajuda especializada, englobando o novo contexto de vida quotidiana, por forma a potenciar ganhos de saúde familiar a longo prazo; - Construir confiança e apoio profissional; - Estruturar a prática de enfermagem usando um referencial teórico de enfermagem cujo foco sejam os cuidados centrados na família; -Ajudar as famílias a transferir a utilização de um recurso de um contexto ou experiência para outro; - Transformar uma deficiência num recurso através do reenquadramento cognitivo; - Identificar recursos (ecomapa, genograma, reuniões familiares, reuniões de rede);
	Comportamental	- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Usar a visita domiciliar como uma estratégia útil, apreciativa e geradora de confiança; - Providenciar apoio informativo e empático direcionado à família fortalecendo os pais no cuidado ao recém-nascido e contribuindo para um rápido retorno à normalidade da vida quotidiana; - Ajudar e negociar estratégias que permitam gerir as dificuldades, com base no conhecimento da estrutura interna e externa da família, através da mobilização dos recursos; - Promover competências de saúde parental, informando e orientando sobre os cuidados ao recém-nascido; - Identificar necessidades de esclarecimentos e/ou ajuda profissional adicional; - Aplicar instrumentos de apreciação familiar como o genograma permitindo aos pais conhecer a sua família, sua experiência e ser capaz de comunicar e visualizar as suas preocupações; - Identificar recursos internos e externos que possam contribuir na ajuda pessoal e apoio emocional durante o decorrer da vida quotidiana; - Desenvolver competências; - Mobilizar e usar recursos de forma eficaz; - Regular e entrada de recursos;
	Afetivo	- ser empático e apoiar emocionalmente são competências valorizadas pelos pais e essenciais para construir confiança; - Identificar possíveis transtornos emocionais nomeadamente exaustão/cansaço e depressão pós-parto; - Antecipar cuidados prevendo possíveis cenários; - Avaliar a percepção dos pais como indicador de qualidade dos cuidados contribui para tornar as intervenções de enfermagem mais eficazes;

Intervenções pelo Enfermeiro de Família na transição da parentalidade	Cognitivo	- Ensinar sobre alimentação, plano nacional de vacinação e prevenção de comportamentos nocivos; - Registrar a situação familiar atual de forma estruturada e direcionada cujo foco de avaliação é a construção de relacionamentos e aplicação de instrumentos de apreciação; - Validar observações e pensamentos com as famílias; - Ensino sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e intervenções preventivas de saúde; - Identificar as necessidades das famílias sobre as preocupações mais urgentes do recém-nascido (amamentação, choro e aos padrões de sono);
	Comportamental	- Incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações; - Intervir preventivamente na saúde como a vacinação, necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação às suas observações e pensamentos; - Dar ajuda concreta através de ações concretas e informações/dicas práticas sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil; - Explorar soluções pessoais dentro das estruturas familiares no seu dia a dia - Reconhecer familiares e amigos como recursos de apoio profissional; - Ajudar os pais a enfrentar os novos desafios; - Incentivar o uso da internet (sites fidedignos), livros, brochuras e todos os suportes de difusão de informação dos Mídias como recursos externos; - Incentivar a envolvimento da figura paterna nos cuidados pós-natais; - Apoiar os pais na sua autonomia; - Capacitar os pais a lidar com as inseguranças e dificuldades, adotando uma abordagem direcionada e orientada a recursos; - Incentivar e apoiar os pais a assumir novas tarefas; - Aplicar instrumentos de apreciação familiar como o genocograma permitindo aos pais conhecer a sua família, sua experiência e ser capaz de comunicar e visualizar as suas preocupações; - Intervir em todo o sistema familiar; - Usar a visita domiciliar como setting ideal, apreciativo e gerador de confiança no 1º contacto/consulta de enfermagem ao recém-nascido; - Ajudar no planeamento da vida familiar, fomentando o cuidado no relacionamento, no dia a dia da sua vida quotidiana e no regresso à atividade laboral;
	Afetivo	- Criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro (auscultar individualmente); - Apoiar regularmente e demonstrar disponibilidade de acessibilidade por via telefónica e cumulativamente liberdade no agendamento de consulta/entrevista; - Reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais; - Apoiar e fortalecer as famílias mobilizando os recursos; - Apoiar os pais no regresso à sua vida quotidiana; - Promover o equilíbrio entre a carga de trabalho profissional completa, responder às necessidades pessoais de cada elemento do sistema familiar, manter contacto diário com a criança e "aliviar" a carga do parceiro; - Reconhecer, valorizar e reforçar positivamente o desempenho parental; - Construir a autoeficácia dos pais ajudando a fomentar relacionamentos positivos no sistema familiar; - Apoiar regularmente facultando acessibilidade por via telefónica e liberdade no agendamento de consulta de enfermagem; - Apoiar emocionalmente e ser empático no constructo de uma relação de confiança - Antecipar cuidados prevendo possíveis cenários; - Potenciar a interação dentro do sistema familiar, fomentando a tranquilidade aos pais, o apoio no cuidado aos filhos e na gestão da tarefa parental e uso de ferramentas para o crescimento mental;

APÊNDICE IV: Quadro da matriz das consultas previstas da amostra do estudo

Quadro 2

Matriz das consultas previstas da amostra do estudo

Agenda para processo de recolha de dados						Observações
Semana	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	
25 a 29 set.	GEMA4 (10h:40m)-2M		GEMP3 (9h:40m)- 5M			
2 a 6 Out.			GEMP2 (10h:40m)- 6M			
9 a 13 Out.		GEMP9 (16h:30m)-3M	GEMP10 (11h:40m)-4M			
16 a 20 Out.	GEM8 (18h:45m)- 14d	GEMP12 (15h:40m)-2M GEMP13 (17h:10m)-5M	GEMP1 (11h:40m)-4M GEMP7 (12h:40m)-1M GEMP15 (14H)-2M			GEMP15 - ñ realizado, por incompatibilidade de horário (volta á USF em 26/10)
23 a 27 Out.		GEMP16 (14h:40m)- 1M+22d GEMP12 (11h:30m)- 2M+8d GEMP11 (14h:45m)-19d GEM8 (14h)-22d (GE Genograma)	GEMA4 (10h:40m)-2M	GEMP14 (12h:40m)-2M GEMP15 (14h:00m)-2M+16d	GREVE	
30 a 3 Nov.	GEMA4 (11h:00m, vem mais cedo TM)-1M GEMP19 (11h:00m)- dias GEMP20 (14h:30m)- dias	GEMP14 (11h:30m)-2M GEM8 (14h:00m, ecomapa)-1M	FERIADO	GEMP11(14h)-28d	GEMP19 (15h) - 8d	
6 a 10 Nov.		GEMP16 (11h:30m, GE)-2M	GEMP17 (13h:20m)-2M GEMP18 (15h:10m)-4M		GREVE	GEMP20 certificar dia consulta (era para dia 8/11 às 11h:40m)

APÊNDICE V: Dados referentes à população alvo

Tabela 3*Famílias de primogênitos dos 0 aos 6 meses incluídas e excluídas*

Famílias de primogênitos (0 aos 6 meses)	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)	<u>Famílias Excluídas</u>	FA	FR
<u>Famílias incluídas</u>	16	64%	Diagnóstico de patologia no recém-nascido	1	11%
			Alteração da marcação de consulta	1	11%
			Deslocação à USF fora do período de recolha de dados	2	22%
<u>Famílias excluídas</u>	9	36%	Transferência do processo familiar para outra US	1	11%
			Processo de recolha de dados incompleto	4	45%
Total	25	100%	Total	9	100%

APÊNDICE VI: Protocolo de submissão à Comissão de Ética da Administração
Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

1º Curso de Mestrado em Enfermagem
Comunitária Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Familiar

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

1º Ano – 2º Semestre

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PARA APRECIAÇÃO PELA COMISSÃO DE ÉTICA DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

Débora Ferreira Sousa e Avelar - davelar@campus.esel.pt

julho, 2023

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO.....	3
1. REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA APRECIACÃO DE PROJETO.....	4
2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO.....	5
3. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.....	17
4. FOLHA DE INFORMAÇÃO AO DOENTE – O MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO...	20
5. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO PARA OUTROS INVESTIGADORES OU COLABORADORES.....	22
6. DECLARAÇÃO A ASSINAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REFERENCIEM PARTICIPANTES AOS INVESTIGADORES.....	22
7. IDENTIFICAÇÃO DO “ELO DE LIGAÇÃO”	22
8. DECLARAÇÃO(ÕES) DO(S) ORIENTADOR(ES) CIENTÍFICO(S) OU PEDAGÓGICO(S).....	23
9. DECLARAÇÃO DO DIRETOR DE SERVIÇO/DIRETOR EXECUTIVO DO ACES.....	24
10. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS E RESULTADOS DO ESTUDO.....	25
11. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PARA A ENTREGA DA CÓPIA DO RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	29
Anexo 1 – Escala de APGAR de Smilkstein	30
Anexo 2 – Escala de Avaliação Parental	32
APÊNDICES.....	34
Apêndice 1 – Guião de entrevista.....	35
Apêndice 2 – Autorização do autor da Escala de Avaliação Parental.....	44

INTRODUÇÃO

A UC Estágio pretende que o estudante desenvolva as competências do grau de mestre de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar referidas no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho e as competências comuns do enfermeiro especialista enquadradas pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro.

A UC Estágio pretende orientar o mestrando para o desenvolvimento do seu Projeto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar que dará continuidade no Estágio com Relatório do 3º semestre.

O documento de apoio que se apresenta é baseado, fundamentalmente, em publicações da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e tem por finalidade contribuir com um conjunto de orientações que permitam aos estudantes efetuar os procedimentos éticos com rigor, segurança, uniformização e harmonização na realização do seu projeto.

Os diferentes capítulos deste documento foram divididos de acordo com os elementos que devem constar no pedido de parecer à CES da ARSLVT, que passamos a citar:

1. Requerimento à Comissão de ética para apreciação de projeto.
2. Protocolo de investigação
3. Declaração do responsável da Unidade de Saúde Familiar
4. Folha de informação ao doente – O modelo de consentimento informado
5. Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores.
6. Declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores.
7. Identificação do “Elo de ligação”
8. Declaração do orientador científico ou pedagógico.
9. Declaração do Diretor de Serviço/Diretor Executivo do ACES.
10. Declaração de compromisso do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo.
11. Declaração de compromisso do investigador para a entrega da cópia do Relatório final de investigação à Comissão de Ética ARSLVT.

1. REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA APRECIACÃO DE PROJETO

**Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética para a Saúde da
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Eu, Débora Ferreira Sousa e Avelar, enfermeira a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Exª., a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer para a realização de um estudo de investigação na USF (), que decorrerá no período de estágio de 25/09/2023 a 9/02/2024.

O tema definido para o estudo é "Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar", cujo objetivo geral é contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias com primogénitos de idade inferior a 6 meses e será orientado pela Sr.ª Professora Maria Fátima Moreira Rodrigues e a pelo Sra. Enfermeira Especialista em Comunitária /

Para o devido efeito, coloco em anexo toda a documentação referida nas instruções aos requerentes da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Data 17 julho 2023

Assinatura

Débora Ferreira Sousa e Avelar

2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. Informações obrigatórias a incluir no projeto de investigação:

Título do projeto: “Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar”

Identificação completa do investigador responsável e entidade de origem:

Débora Ferreira Sousa e Avelar, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Contato do investigador principal: davelar@campus.esel.pt

Orientador pedagógico: Professora Doutora Maria Fátima Monteiro Rodrigues

Orientador clínico: Sra. Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária
Ana Filipa Baptista Afonso

Local onde realiza o estudo: Unidade de Saúde Familiar ,
pertencente ao ACeS / ARS de Lisboa e Vale do Tejo

Curriculum Vitae do investigador:

<https://europa.eu/europass/eportfolio/api/eprofile/shared-profile/d%C3%A9bora-avelar/17bb1a62-f931-40ba-b4d8-cba571ca9818?view=html>

2.2. Introdução

Este projeto de intervenção enquadra-se numa das transições normativas do ciclo vital das famílias, nomeadamente a transição para a parentalidade. Intervir aos diferentes níveis de prevenção, essencialmente na prevenção primária, maximiza a parentalidade positiva, permitindo ajudar a promover o desenvolvimento infantil, cuidar dos pais e gerir fatores stressores, perspetivando um ambiente familiar positivo e prevenindo, no futuro, comportamentos desviantes e/ou psicopatologia no sistema familiar.

Ao longo do tempo a sociedade tem potenciado mudanças na tipologia das famílias, crescendo determinantes sociais de saúde como: divórcio, recasamento, desemprego, emprego precário, pobreza, cultura, religião e políticas de saúde e sociais que interferem na dinâmica familiar. O conceito de que é a família que influencia e participa ativamente no desenvolvimento da personalidade da criança, atribui grande responsabilidade no constructo da parentalidade. Caso as relações entre pais e filhos sejam “insalubres” teremos um campo fértil de fatores stressores para ambos, potenciadores de violência, “como uma mensagem (...)

comportamental, de normalização e de controlo do outro e a delinquência como uma forma de, simultaneamente, aceder ao que se deseja, de expressar a raiva ou de punir o outro pela ausência de gratificação e de filiação” tal como refere Abreu-Lima, et al (2010, p.1). Por detrás desta “insalubridade” poderão estar estilos de parentalidade inadequados associados, ou não, a diversos “fatores sociais, económicos e culturais que têm impacto sobre a comunidade, as famílias, as relações e o modo como as crianças vivenciam o seu dia a dia” (Inspire, 2016, p.19).

Em Portugal, o saldo demográfico negativo (Pordata, 2022), maior número de mortes face ao número de nascimentos; a redução do número de filhos por mulher, conferindo a cada criança o estatuto de “um bem precioso”; o aumento do número de divórcios e reconstituições familiares, o aumento do desemprego, emprego precário e consequentes vulnerabilidades económicas, são determinantes sociais e de saúde que contribuem para complexificar a rede de relações familiares e criar múltiplas fontes de stress (Abreu-Lima et al, 2010). Perante uma sociedade “onde a imprevisibilidade e a transformação são quase constantes e onde o direito à gratificação pessoal e ao bem-estar individual é diariamente proclamado, estão criadas as condições para que o ser humano se foque nas suas necessidades e finalidades individuais, por vezes em prejuízo de finalidades familiares e/ou sociais”, tal como nos referem os autores Abreu-Lima, et al (2010, p.1)

A prática dirigida para uma parentalidade positiva será um real contributo na promoção e consequente desenvolvimento saudável das famílias que experienciam a parentalidade e que são o foco de atenção do cuidar pelo Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Reportando as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) pelas quais os profissionais de saúde se orientam, no âmbito dos CSP, salientamos uma das linhas mestras: “Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (Direção Geral de Saúde, 2013 p.7), que demonstra e potencia a pertinência do tema da promoção da parentalidade positiva nas famílias como foco de intervenção pelo enfermeiro de família. Esta prática permitirá diminuir práticas negativas, prevenindo ou reduzindo a incidência de más condutas e negligência por parte dos pais e consequentes problemas comportamentais, sociais e emocionais na criança. Pelo que, torna-se imperioso a busca das melhores evidências científicas que incentivam o desenvolvimento das práticas de enfermagem de modo a explorar e investir nas estratégias de intervenção, pelos enfermeiros de família,

na promoção da parentalidade positiva, por forma a dar resposta aos “problemas de saúde de baixa magnitude ou

ou nula, mas com elevado potencial de risco” para o sistema familiar, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2021-2030, p. 135). Com este trabalho contribuirei para dar resposta ao objetivo de desenvolvimento sustentável 3 (ODS 3) – “Saúde de qualidade, em que se pretende garantir a saúde e promover o bem-estar em todas as idades, melhorando a Saúde Reprodutiva, Materna e Infantil” (BCSD Portugal, 2022).

Caberá ao enfermeiro, no âmbito dos CSP, enquanto” profissional de saúde privilegiado pelo contexto de proximidade assumir o papel de promotor de saúde numa lógica de intercooperação com as famílias/ comunidades, intervindo na prevenção da doença, promovendo o empoderamento familiar e comunitário” tal como refere Silva (2013, p.33).

Responderei á questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?”, com base numa revisão sistemática de literatura, a partir da Scoping Review, utilizando a mnemónica População, Conceito e Contexto, com objetivo de mapear a evidência disponível sobre as intervenções do enfermeiro de família no cuidado a famílias com primogénitos, por meio do desenvolvimento da parentalidade positiva, em contexto dos cuidados de saúde primários.

Este estudo contribuirá para ampliar o conhecimento, adquirir competências nesta área e produzir ganhos em saúde, adequando e otimizando os cuidados de enfermagem prestados às famílias de primogénitos.

Através da plataforma agregadora de base de dados EBSCO, realizei a pesquisa escolhendo as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, de modo a localizar os artigos que vão de encontro à questão de investigação anteriormente mencionada. Como critérios de inclusão, defini todas as publicações de artigos científicos disponíveis em texto integral, cujo intervalo de tempo foram os últimos 10 anos e redigidos em português, inglês e espanhol.

Como resultados preliminares desta pesquisa, por mim já iniciada, identifiquei alguns estudos que descrevem as intervenções de enfermagem e a importância do papel do enfermeiro de família no acompanhamento de famílias que experienciam a parentalidade pela primeira vez, em contexto de cuidados de saúde primários.

Um dos artigos, de Tanninen et al (2014), potencia os resultados positivos sobre a eficácia da enfermagem familiar, referindo que a intervenção pelo enfermeiro de família, assente numa relação cooperativa, contribui para aumentar os recursos internos e externos, por forma a capacitar os pais e beneficiar as famílias, apoiando precocemente e prevenindo o agravamento dos problemas. Estes autores identificam intervenções que contribuem para aumentar os recursos internos: 1. Ajudar as famílias a transferir a utilização de um recurso de um contexto ou experiência para outro; 2. Transformar uma deficiência num recurso através do reenquadramento cognitivo e 3. Desenvolver competências e como recursos externos: 1.

Identificar recursos (ecomapa, genograma, conferências familiares, reuniões de

rede/parceiros comunitários); 2. Mobilizar e usar recursos de forma eficaz e 3. Regular e entrada de recursos. Um outro estudo realizado na Irlanda do Norte, de Smyth & Anderson (2014), vem demonstrar e reforçar a importância da parceria com enfermagem de saúde familiar, onde enumeram alguns tópicos inerentes às intervenções do enfermeiro de familiar num programa preventivo de saúde pública materna e nos primeiros anos de vida, conhecido por Family Nurse Partnership (FNP, 2013). Este estudo, explora evidências de eficácia, custo-benefício e implicações em termos de recursos e da implementação da parceria com os enfermeiros de família, tendo como objetivo apoiar, de forma eficaz, contínua e intensiva, as necessidades dos jovens pais e dos seus filhos, melhorando a sua vida e a sua saúde a longo prazo. Este apoio é realizado em contexto de visita domiciliária conduzida por profissionais de saúde especialmente treinados, nomeadamente enfermeiras parteiras. Segundo outros estudos, citados por Smyth & Anderson (2014), trata-se de um programa: eficaz, por potenciar a continuidade dos cuidados melhorando os resultados para as mães e seus filhos e aumentando a satisfação dos profissionais e dos clientes; permite benefícios financeiros significativos para o indivíduo, governo e para a sociedade em geral (aumentou os níveis de emprego e uma menor dependência do governo para assistência) e demonstram uma influência positiva na cessação do tabagismo, nas taxas de amamentação, no nível de escolaridade e nas taxas de situação profissional. No entanto, apesar do seu feedback e impacto inicial parecerem positivos, ainda não foi possível estabelecer de forma conclusiva ligações consistentes entre FNP e resultados específicos. Abordam também outras opiniões, nomeadamente uma parceria integrada com os serviços de saúde convencionais promoveria uma maior compreensão do FNP e a aprendizagem poderia ser partilhada entre os profissionais.

Kläusler-Troxler et al (2014), desenvolveram um estudo qualitativo, onde exploraram como mães e pais vivenciaram o recém-nascido na consulta centrada na família e avaliaram um projeto piloto “aconselhamento mãe-pai (MVB) nos cuidados saúde primários” baseado na perspectiva de pais Suíços. Neste estudo usaram como referencial teórico e estruturante, na abordagem terapêutica centrada na família, o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary de Wright e Leahey (2005), por forma a explorar a vivências da transição para a parentalidade de famílias com primogénitos cujos resultados foram esquematizados recorrendo a um modelo de fases, sendo que a linha do tempo inicia com a gravidez até à 12ª semana após o nascimento. Consideram estes autores, que as vivências sentidas pelos pais, até aos 3 meses de idade do seu recém-nascido, implica um processo que envolve 4 fases: da gravidez, caracterizada pelo planejar e negociar uns com os outros; da 1ª à 3ª semana caracterizada por um querer saber o que está a acontecer envolvendo sentimentos avassaladores; da 4ª à 8ª semana o

organizar onde os pais em cooperação se vão organizando e adaptando no dia a dia ao ritmo do recém-nascido e por último, a fase da 9ª á 12ª semana (2 aos 3 meses) a fase do controle, obter confirmação, onde os pais conciliam a sua vida familiar quotidiana.

Este estudo apresenta e potencia a abordagem centrada na família em contexto de transição para a parentalidade, maximizando: a visita domiciliaria como uma estratégia útil, apreciativa e geradora de confiança; o atendimento abrangente, especialista e dirigido ás questões e preocupações mais urgentes do recém nascido (choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano); reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais; ser empático e apoiar emocionalmente, caraterísticas essenciais para construir confiança; apoiar regularmente facultando acessibilidade por via telefónica e liberdade no agendamento de consulta/entrevista; ações concretas e informações praticas sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e intervenções preventivas de saúde (a vacinação); necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação ás suas observações e pensamentos; incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações; criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro (auscultar individualmente) e o ensino de competências de saúde de uma forma continua, regular e gratuita pelo profissional de enfermagem, para além do profissional medico.

Pereira et al (2023) referem que a Educação para a saúde é um processo no qual indivíduos ou grupos aprendem a promover, manter ou restaurar a saúde, é uma pratica que requer uma forma de comunicação que visa promover a literacia em saúde, aumentar conhecimentos e atitudes que conduzam à saúde individual e comunitária, estes autores validaram a importância de uma praxis baseada na parceria entre enfermeiros e crianças/pais, onde existe a identificação das reais necessidades e que influenciará na promoção de estilos de vida saudáveis, tomada de decisões conscientes no processo de saúde e a aquisição de comportamentos protetores de saúde através de estratégias que impulsionem o máximo bem estar do sistema familiar. Identificam a Educação para a saúde como uma ferramenta valiosa na capacitação dos indivíduos na sua promoção da saúde e destacam e reconhecem o papel do enfermeiro como educador e de liderança na adoção de estratégias de educação para a saúde. Neste estudo, a avaliação dos pais é de extrema importância, pois consideram-na um excelente indicador de qualidade dos cuidados, a sua perceção pode ser usada para tornar as intervenções de enfermagem mais eficazes. Os pais consideraram educação para a saúde como uma prática igualmente importante em comparação com as outras intervenções.

Essencialmente, são artigos que enfatizam e validam o cuidar centrado na família pelo enfermeiro de família, onde exploram e apreciam a família nas suas interações sistémicas, internas e externas, e identificam recursos; alocado e fundamentado por um referencial teórico de enfermagem. Estes artigos relatam

intervenções de enfermagem eficazes e dirigidas á família que experiencia serem pais de primeira viagem, usando a avaliação da percepção dos pais como indicador de qualidade em relação á eficácia das intervenções de enfermagem. Foi incluído um artigo Português (2023) que descreve e analisa a percepção dos pais relativamente ao papel dos enfermeiros em contexto de consulta, nomeadamente nas intervenções de enfermagem que implicam ações e nas intervenções de educação para a saúde. Alguns dos estudos incluídos, abordam a eficácia de programas de intervenção na comunidade para apoio e aconselhamento a grupos vulneráveis como grávidas, mães/pais e recém-nascidos, recorrendo á estratégia da visita domiciliaria como um contexto favorável, enriquecedor e de grande proximidade para a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos,

mais eficazes e eficientes, que a curto e longo prazo se traduzem em ganhos de saúde.

Estas evidencias científicas potenciam a relevância social, contribuem para identificar aspetos da parentalidade em primogénitos e poderão ser uma mais valia para melhorar as consultas de enfermagem em saúde infantil e juvenil.

2.2. Objetivos

Objetivo geral:

- Contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos com idade inferior a 6 meses, na USF .

Objetivos específicos:

- Avaliar os participantes na transição da parentalidade tendo por referencial as dimensões do Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF) de Figueiredo, (2012);
- Identificar os recursos internos e externos dos participantes que experienciam o processo de transição para a parentalidade;
- Identificar fatores facilitadores e inibidores na promoção da parentalidade positiva nos participantes;
- Analisar a autoeficácia parental dos participantes na transição da parentalidade através da aplicação do instrumento - Escala de Avaliação Parental;
- Enumerar os diagnósticos de enfermagem familiar validados com as famílias, utilizando a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2015) e a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012);
- Planear intervenções de enfermagem para os diagnósticos de maior incidência;
- Avaliar os ganhos em saúde produzidos pelo resultado das intervenções implementadas face aos diagnósticos de enfermagem de maior incidência.

2.3. Metodologia

a) Desenho do estudo/caraterizar o tipo de estudo

O tipo de estudo varia com o que pretendemos investigar, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com um desenho transversal, exploratório e de plano descritivo, pelo que satisfaz dois princípios:” a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto” tal como refere Fortin, (2000, p.162).

b) População

Como parceiros envolvidos serão todos os profissionais da equipa multidisciplinar que integram a USF, podendo ser necessário a envolvência de outros técnicos e/ou outros recursos, como a referenciação a outras equipas de saúde e inclusive, para os cuidados diferenciados do

hospital de referência deste ACES.

A população alvo, serão todas as famílias a experienciar a transição da parentalidade, com primeiros filhos, de idade inferior aos 6 meses, que obedecem aos critérios de inclusão e exclusão que correspondem, especificamente, aos nascidos de julho 2023 a janeiro de 2024 que frequentam a Unidade de Saúde Familiar

c) Amostra:

A seleção das famílias participantes terá por base uma amostragem não probabilística, por conveniência, em contexto de consulta de enfermagem de vigilância (consulta enfermagem de saúde infantil e juvenil e/ou consulta de enfermagem de revisão do puerpério, na USF . Serão definidos como limite as primeiras 20 famílias que se disponibilizarem a participar.

Como critérios de inclusão serão consideradas as famílias que se encontram na fase do ciclo de vida da transição da parentalidade pela primeira vez, de recém-nascidos sem diagnóstico de patologia conhecida e com idade inferior a 6 meses (nascidas de julho 2023 a janeiro de 2024); famílias frequentadoras da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil e/ou consultas de enfermagem de revisão de puerpério; famílias recombinação, nuclear, alargada, casadas ou em união de facto com idade superior a 18 anos; famílias monoparentais com idade superior a 18 anos e famílias de primogénitos em que pelo menos um dos progenitores biológicos e/ou adotivos, ou substituto parental, aceite participar no estudo.

Os critérios de exclusão serão: famílias que não dominam a língua portuguesa, quer na versão escrita e/ou oral; famílias cuja parentalidade não corresponde a primogénito e famílias recombinadas, em que pelo menos um dos progenitores já experienciou a parentalidade.

d) Listagem das variáveis em estudo e sua definição

Sendo um estudo descritivo e exploratório, não serão formuladas hipóteses, a análise dos dados será organizada tendo por base os objetivos descritos. Usarei variáveis qualitativas, nominais (atribuirei números sem valor numérico) e ordinais (atribuirei uma ordem de grandeza), para analisar os dados obtidos pelo guião de entrevista. Entenderei, como variáveis, as facultadas pelos dados do questionário socio demográfico, as áreas de atenção e os dados avaliativos traçados pela matriz operativa do Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012). As variáveis, alocadas ao modelo, identificadas na dimensão estrutural serão: o tipo de família, ligação a sistemas mais amplos, classe social, ter ou não animal doméstico; na dimensão de desenvolvimento teremos a satisfação conjugal, o planeamento familiar e o papel parental e na última dimensão, a funcional, que identificarei como variável o processo familiar. A definição concetual das variáveis corresponde ao descrito nas definições das mesmas, enquanto componentes do Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

e) Fontes de informação e processo de recolha de dados

O protocolo deste estudo envolverá um conjunto de instrumentos de recolha de informação que permitirá avaliar e caracterizar as famílias de primogénitos selecionadas para este estudo. Será realizada uma entrevista semiestruturada, suportada pelo guião de entrevista (Apêndice 1), numa abordagem colaborativa em que a família fornece elementos para construir o genograma, ecomapa, que de acordo com as boas práticas em enfermagem de saúde familiar devem integrar os registos do Sclínico®, com exceção do instrumento da Escala de Avaliação Parental (EAP). Esta entrevista basear-se-á num momento inter-relacional, dialético e de conversação, entre o investigador e participantes, de forma a compreender o significado dado a um fenómeno, na perceção dos participantes, especificamente quais as facilidades e dificuldades sentidas pelos participantes na transição da parentalidade. Cada uma das entrevistas será realizada à puerpera/mãe e/ou respetivo companheiro e/ou substituto parental, inquiridos em simultâneo e solicitado o preenchimento dos instrumentos separadamente, no sentido de maior riqueza e profundidade do estudo. O guião da entrevista foi elaborado para responder aos objetivos específicos e baseado na revisão da literatura, terá uma duração prevista de 15 a 20 minutos e um modo de intervenção na condução do guião. A duração

da entrevista poderá, tendencialmente, tornar-se longa, mas terei a intenção de reduzir ao máximo o tempo gasto pelas famílias que aceitarão participar neste estudo. A aplicação deste Guião de entrevista terá essencialmente dois momentos: o primeiro destinar-se-á ao seu preenchimento pela investigadora através da recolha de informação recorrendo ao processo de saúde do participante inserido na plataforma informática - SClínico®, como constará no consentimento informado, esclarecido e livre, previamente autorizado numa primeira abordagem, e o segundo momento será efetuada em contexto de CESIJ, nomeadamente durante a entrevista semi-estruturada em parceria com o participante onde facultarei os instrumentos de auto (escalas) e heteropreenchimento (guião de entrevista). Os instrumentos de autopreenchimento serão facultados em suporte de papel num envelope fechado ou enviados por email, de acordo com a preferência do participante. O momento de entrega dos instrumentos já preenchidos, poderá ser por email ou, caso a preferência do participante seja pelo método de envelope fechado, agilizar-se-á a sua entrega o mais breve possível, preferencialmente, numa próxima deslocação à USF, por exemplo: vinda para CESIJ (se recém-nascido, deslocar-se-á semanalmente à USF, durante o primeiro mês de vida; nas consultas conexas em idades chave, para vacinação quer do Plano Nacional de Vacinação (PNV) quer extra PNV; em CERP ou outras tipologias de consultas que envolvam um elemento do agregado familiar). Cumulativamente, poderá ser uma estratégia para o autopreenchimento das escalas aproveitar o tempo de espera, na vigilância após ato vacinal, para efetuarem o seu preenchimento. Para validação do guião da entrevista será efetuado o pré-teste a uma população com características semelhantes, sendo que não serão contempladas na amostra do estudo. Este pré-teste tem por objetivo principal avaliar a eficácia, a pertinência do questionário e verificar se os termos utilizados são compreensíveis e desprovidos de equívocos, procedendo aos reajustes necessários para o tornar mais claro, exequível e dirigido.

O Guião de entrevista contempla os dados pessoais, de carácter sociodemográfico sobre os participantes e o seu contexto familiar, correspondendo especificamente às questões dos capítulos A) e B), estes dados poderão ser preenchidos previamente à entrevista semiestruturada, recorrendo ao programa informático SClínico®. Para avaliar as famílias de primogénitos no percurso evolutivo e de desenvolvimento familiar escolhi a metodologia do processo de enfermagem, ancorado ao modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo,2012), que contribui para avaliar as famílias na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional através da aplicação de instrumentos e técnicas de avaliação familiar para explorar os pontos fortes e os problemas de saúde destas famílias. Transpondo para o guião de entrevista temos o capítulo C), D), E), F) e G) referem-se à dimensão estrutural familiar, os capítulos H), I) e J) correspondem à dimensão de desenvolvimento e os capítulos K), L) e M) avaliam a

dimensão funcional familiar. Como instrumentos de avaliação de acordo com a **matriz operativa** deste modelo, o material recolhido junto das famílias permite elaborar: o genograma incluindo psicofigura de Mitchel, para conhecer a estrutura interna e intensidade das relações internas das famílias; o ecomapa para explorar as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares; permitindo identificar os recursos das famílias estudadas; consultarei a escala de Graffar, para avaliação social da amostra, cuja informação será facultada pela consulta de dados no programa informático do Sclínico® sendo que as famílias já poderão ter esta escala realizada, necessitando apenas de atualização e por último, a escala de APGAR Familiar de Smilkstein para compreensão de aspetos inerentes ao funcionamento familiar, nomeadamente a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da família (Anexo 3). As escalas de avaliação familiar serão de auto e heteropreenchimento por parte dos participantes que aceitarão participar no estudo e por mim como investigadora.

O último capítulo N) irá complementar dados clínicos sobre a gravidez, que poderão ser preenchidos através da consulta em processo Sclínico, mas também facultados durante a entrevista.

A aplicação do instrumento **Escala de Avaliação Parental – EAP**, trata-se de uma ferramenta útil para avaliar a autoeficácia parental, quer da figura paterna como da figura materna, de autopreenchimento (Anexo 4), foi validada para a população portuguesa pelas autoras Silva & Nazaré (2016) (Apêndice 2).

A Escala de Avaliação Parental tem boas propriedades psicométricas. De acordo com as autoras a consistência interna é adequada sendo o alfa de Cronbach de 0,85 para a escala total e os itens variaram entre 0,66 e 0,81 pelo que os autores concluíram que a consistência interna é adequada e que os resultados da análise preliminar da escala são satisfatórios (Farkas-Klein, 2008).

Até ao momento, este instrumento não foi adaptado para outros idiomas. Apesar da existência de vários instrumentos para avaliação da autoeficácia parental, muitos deles foram criticados por apresentarem limitações, nomeadamente: foco quase exclusivo no cuidado e na saúde física do bebé, sem considerar os comportamentos interativos entre pais e bebé; características psicométricas insuficientemente estudadas e, por vezes, falta de clareza concetual (Farkas-Klein, 2008). Silva (2016, p.13) refere que” em 2008, Farkas-Klein julgou pertinente desenvolver a Escala de Evaluación Parental (em português, Escala de Avaliação Parental - EAP), cujo objetivo seria avaliar a autoeficácia e satisfação com a maternidade em mulheres chilenas com filhos dos 0 aos 24 meses. (...) uma escala projetada especialmente para estas mães, respeitando as características e valorização da maternidade na cultura chilena.” Esta escala, teve por base a revisão de outras escalas e questionários já existentes e, como referencial teórico, a teoria da autoeficácia de Bandura e os seus guias. Esta versão avalia comportamentos

interativos entre pais e bebés, é composta por 10 itens, correspondendo 7 a afirmações negativas sobre maternidade e 3 afirmações positivas, refere ainda que 5 dos itens são adaptações de escalas anteriores e os outros 5 são novos. O formato de resposta desta escala de avaliação baseia-se numa escala de concordância de tipo Likert com onze opções, num intervalo de 0 (Discordo totalmente) a 10 (Concordo totalmente), em que 5 é o ponto intermédio (Não concordo, nem discordo). A pontuação total é calculada pela soma de todos os itens e posteriormente dividida por 10. A interpretação dos resultados assenta na regra de pontuações superiores implicam uma perceção mais elevada de autoeficácia e satisfação materna, com os valores da escala total a variar entre 0 e 10 (Farkas-Klein, 2008). Considerando a sua pertinência, pelas implicações nas figuras parentais (perceção quer materna quer paterna), como no desenvolvimento da criança e pelo fato de existir, em Portugal, apenas mais um instrumento que avalia a variável autoeficácia parental, mas não em crianças com menos de 24 meses (Brites & Nunes, 2010), por tudo isto, torna-se evidente a mais valia da aplicação deste instrumento neste estudo em específico e pelo facto de responder a uma das lacunas da revisão de literatura no que concerne ao envolvimento da figura paterna.

Esta organização da apreciação familiar dos participantes vai contribuir para concretizar os objetivos específicos delineados para o estudo.

Todos os dados recolhidos, e se possível, serão registados no programa informático Sclínico®, no processo individual de cada membro da família que aceitará participar, conforme mencionado no consentimento informado, esclarecido e livre.

A recolha de dados irá decorrer na primeira parte do estágio, especificamente, após parecer favorável da Comissão de Ética da ARSLVT de Lisboa, podendo estender-se até janeiro de 2024. Neste espaço de tempo darei a conhecer o estudo que irá ser realizado, bem como a sua finalidade e após terem sido dadas as autorizações necessárias à implementação do estudo iniciarei a recolha de dados.

As famílias que cumpram os critérios de inclusão serão convidadas a participar, com a liberdade total para aceitar ou não, colaborar no estudo. Aos participantes que aceitem colaborar será facultado o Consentimento Informado, para assinarem, caso existam dúvidas o investigador estará disponível para clarificação das mesmas.

f) Local exato onde realiza o estudo

Este estudo de investigação está integrado no estágio de enfermagem de saúde familiar que decorrerá no período de 25/9/2023 a 09/02/2023 e será realizado sempre em contexto de consultas e/ou de vacinação em gabinetes específicos respeitando a privacidade dos participantes, na Unidade de Saúde Familiar , inserida no Agrupamento de Centros de Saúde do .

g) Plano de análise estatística ou análise de conteúdo

A análise dos dados será tratada através do Software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), ou do programa Excel, consoante a necessidade verificada, e recurso à estatística descritiva, sendo previsível a sua apresentação em formato de gráficos, quadros e/ou tabelas. Na hipótese de existir questões não respondidas estas serão tratadas tendo por base o programa de análise estatística utilizado, como percentagem de respostas em falta.

h) Recursos/orçamento/protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos

Este estudo, não acarreta quaisquer compensações ou custo para os participantes. Os custos existentes serão suportados pelo próprio investigador, pelo que o desenvolvimento do projeto não requererá financiamento. Estes custos incluem o tempo para a explicação e aplicação dos questionários, feito exclusivamente pela investigadora, bem como os materiais utilizados, que descrevo na tabela abaixo mencionada, assim como, um investimento pessoal para a sua realização, o que representa, para além do valor financeiro, um investimento do próprio.

Recursos		Unidade	Custo Unitário (€)	Quantidade	Custo Total (€)
Humanos	Enfermeira Investigadora, Orientadora clínica, e Orientadora pedagógica	Horas	Não aplicável	Sem limitação	0
Materiais	Computador com acesso internet	Unidade	Não aplicável	Não aplicável	0
	Impressora/fotocopiadora	Unidade	Não aplicável	Não aplicável	0
	Dispositivo de armazenamento removível de dados – USB 2.0 Drive 64 GB	Unidade	9,99€	1	9.99€
	Toner	Unidade	55.99 €	1	55.99 €
	Papel A4 branco	1 Resma	5.19 €	1	5.19 €
	Canetas	Unidade	0.20 €	2	0.40 €
	Gabinete de consulta		Não aplicável	1	0
	Envelope Comercial	25	0.36 €	1	8.99 €
	Projektor de imagem ou video	Unidade	Não aplicável	1	0
	Total				80.56 €

i) Cronograma

O cronograma, Gráfico de Gantt, permitirá planear as atividades mais importantes especificando os períodos de realização, após a aprovação deste estudo.

Cronograma Projeto de Intervenção em USF																									
Atividades	jun/23				jul/23				out/23				nov/23				dez/23				jan/24				
	1fs	2fs	3fs	4fs	1fs	2fs	3fs	4fs	1fs	2fs	3fs	4fs	1fs	2fs	3fs	4fs	1fs	2fs	3fs	4fs	1fs	2fs	3fs	4fs	
Pesquisa Bibliográfica																									
Preparação do projeto																									
Preparação dos procedimentos éticos																									
Revisão Sistemática Literatura - Scoping Review																									
Realização do pré teste																									
Período de Recolha de Dados (entrevistas semi-estruturadas)																									
Tratamento e análise de dados																									
Apresentação dos resultados à equipa da USF																									
Preparação de intervenções para minimizar os diagnósticos																									
Avaliação do Projeto																									
Relatório Final																									

j) Considerações Éticas

Tratando-se de um estudo transversal e descritivo consequentemente, com finalidades, única e exclusivamente, académicas serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos participantes que aceitarão participar, não podendo ser utilizados para outras finalidades. A participação do Sr.(a) Participante, neste estudo, não lhe traz riscos ou despesas, compreendendo, no entanto, que necessite dedicar tempo à participação. No que concerne a benefícios, são igualmente indiretos, uma vez que não auferir de nenhuma gratificação com o mesmo, mas a sua participação contribuirá para o conhecimento e reflexão sobre a promoção da parentalidade positiva e, desejavelmente, de propostas de melhoria nas intervenções de enfermagem em saúde familiar. Será pedido o consentimento informado garantindo, sempre, o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informar-se-ão os participantes, que podem recusar ou interromper a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

k) Explicar como é feita a proteção de dados:

A toda a informação recolhida será mantida a confidencialidade inerente ao sigilo profissional, regendo-se pelo artigo 29º da lei 58/2019, “(...) prestadores de serviços responsável pelo tratamento de dados de saúde e de dados genéticos (...), os estudantes e investigadores na área da saúde e da genética e todos os profissionais de saúde que tenham acesso a dados relativos à saúde estão obrigados a um dever de sigilo” e o respeito pela privacidade e proteção dos dados pessoais de acordo com o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), nº 2016/679 que “estabelece as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa (...), de dados pessoais relativos a pessoas da União Europeia”. No que respeita aos procedimentos de confidencialidade e da privacidade de dados pessoais sensíveis de saúde dos participantes, informo que a recolha de dados será realizada num gabinete em contexto de consulta, à informação recolhida de cada família será atribuído uma codificação, o acesso aos dados elaborados em formato digital implica o uso de password, a análise e armazenamento dos mesmos

serão guardados em dispositivo de armazenamento removível de dados – USB 2.0 Drive 64 GB.

Todos os dados em suporte de papel serão armazenados em segurança, inclusive os consentimentos informados, num armário fechado à chave, no gabinete da Sra. Enf^a. Interlocutora da USF, por um período máximo de 3 anos após a publicação dos dados em estudo. Posteriormente, os dados em suporte de papel serão destruídos em máquina trituradora de papel e os dados em suporte informático serão eliminados, na presença de duas testemunhas, a Sra. Enfermeira Interlocutora e pela Sra. Orientadora pertencentes à USF .

A informação, acerca do processo de saúde familiar dos participantes, será consultada e registada na plataforma informática - SClínico®, por forma a assegurar a qualidade e a continuidade de cuidados prestados por toda a equipa de saúde da sua unidade de saúde familiar, conforme mencionado no consentimento informado, esclarecido e livre.

Os dados obtidos destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação científica, sendo analisados e publicados em artigos e no relatório de estágio, sem elementos que identifiquem os participantes.

1) Conflito de interesses existentes

Não existe a aplicabilidade de conflito de interesses.

3. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Apresento a declaração, assinada e datada, pela Exma. Coordenadora da USF
comprovando a disponibilidade para a realização do estudo, e acordo quanto às
condições estruturais e de logística para a sua realização nomeadamente no que concerne à
equipa de investigação a envolver no estudo.

Declaração do responsável da Unidade de Saúde Familiar

Ao Coordenador da Unidade de Saúde Familiar

USF

Exma. Sra. Dra. :

Eu, Débora Ferreira Sousa e Avelar, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar a Vossa Exª. que se digne autorizar a realização de um estudo de investigação na USF acordo quanto às condições estruturais e de logística para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no mesmo.

O tema definido para o estudo é "Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – intervenção de enfermagem em saúde familiar", cujo objetivo geral é contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias com primogénitos, de idade inferior a 6 meses e será orientado pela Sr.ª Professora Maria Fátima Moreira Rodrigues e pelo Sra. Enfermeira Especialista em Comunitária Ana Filipa Baptista Afonso.

Esta investigação constará do meu relatório de estágio que irá decorrer de 25/09/2023 a 31/02/2024.

Esta autorização será enviada, em anexo, ao pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Data 11 julho 2023

Assinatura

Débora Ferreira Sousa e Avelar

Autorizo a realização do estudo na USF



11/07/23

11/07/23

4. FOLHA DE INFORMAÇÃO AO DOENTE – O MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Não está previsto participantes não competentes e se os potenciais participantes forem não competentes para participar serão excluídos do estudo.

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: “Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar”

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado na USF _____, sob a orientação do Sr.^a Professora Maria Fátima Moreira Rodrigues e da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária _____.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos com idade inferior a 6 meses de vida.

Para a realização deste estudo, é necessário a recolha de dados através de consulta do seu processo de saúde usando a plataforma SClinico®, o preenchimento de um conjunto de questionários e escalas sobre diferentes áreas da vida (p.e., relação conjugal, relação com o recém-nascido) e uma entrevista semiestruturada. Esta atividade terá uma duração prevista de 15 a 20 minutos. Para tal, a sua participação é necessária e imprescindível, pelo que gostaria de poder contar consigo!

A recolha da informação tem como objetivo avaliar as famílias que se encontram a experienciar a transição para a parentalidade do seu primeiro filho, especificamente em relação á dimensão estrutural, de desesenvolvimento e funcional do sistema familiar. A sua participação contribuirá para o conhecimento e reflexão sobre a promoção da parentalidade positiva e, desejavelmente, de propostas de melhoria nas intervenções de enfermagem em saúde familiar.

Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos inerente ao sigilo profissional, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço a sua
participação Enfermeira Débora
Ferreira Sousa e Avelar
davelar@campus.esel.pt

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CD Nº _____ DATA OU VALIDADE: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

Nota: Este documento é feito em duplicado (uma via para o investigador, uma via para quem consente) por forma a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pela investigadora.

¹https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

²https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

5. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO PARA OUTROS INVESTIGADORES OU COLABORADORES

Não aplicável.

6. DECLARAÇÃO A ASSINAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE REFERENCIEM PARTICIPANTES AOS INVESTIGADORES

Não aplicável

7. IDENTIFICAÇÃO do “ELO DE LIGAÇÃO”

Não aplicável

8. DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR CIENTÍFICO OU PEDAGÓGICO

Como se trata de um estudo realizado em ambiente académico apresento a declaração redigida pela Exma. Sra. Professora Orientadora Maria Fátima Moreira Rodrigues.



DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR CIENTÍFICO E PEDAGÓGICO
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Maria de Fátima Moreira Rodrigues, Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), declara, para os devidos efeitos, que se responsabiliza pela orientação do estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar da mestranda **Débora Ferreira Sousa e Avelar**, Licenciada em Enfermagem, a ser realizado em uma Unidade de Saúde Familiar de um ACES da ARSLVT.

Lisboa, ESEL, agosto de 2023

A professora Doutora

Assinado por: **Maria de Fátima Moreira Rodrigues**
Num. de identificação: 04361906



9. DECLARAÇÃO DO DIRETOR DE SERVIÇO/DIRETOR EXECUTIVO DO ACES

Destina-se a confirmar que o ACES onde se insere a Unidade de Saúde Gago Coutinho dispõe de condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ars|ivt
CUIDAR É PARA TODOS



ACES Estuário do Tejo

DESPACHO

I, **Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)**, designado por despacho n.º 6812/2023, de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 20 de junho de 2023, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 123, de 27/06/2023, **AUTORIZA** que a enfermeira **Débora Ferreira Sousa e Avelar** realize um **estudo de investigação na Unidade de Saúde Familiar (USF)** que decorrerá no período de 25/09/2023 a 09/02/2024 e que constará no relatório de estágio que a identificada enfermeira elabore.

Conforme a requerente o indica, na solicitação efetuada, o tema definido para o citado estudo é **“Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar”**.

Alverca: 26 de julho de 2023.

O Diretor Executivo do ACES

Pedro Casado Espanhol
Diretor Executivo

**10. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR
SOBRE A PROPRIEDADE DE DADOS E RESULTADOS DO
ESTUDO**

Eu, Débora ferreira Sousa e Avelar, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigadora do projeto “Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar” no Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo, na Unidade de Saúde Familiar, declaro, por minha honra, que os dados obtidos neste estudo são confidenciais e usados apenas para a realização do mesmo.

Data 21 Julho 2023

Assinatura

Débora ferreira Sousa e Avelar

**11. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR PARA A
ENTREGA DA CÓPIA DO RELATÓRIO FINAL DE INVESTIGAÇÃO À
COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT**

DECLARAÇÃO

Eu, Débora ferreira Sousa e Avelar, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigadora do projeto "Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar" no Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo, na Unidade de Saúde Familiar, declaro por minha honra, após o término do presente estudo, enviar uma cópia do relatório final à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Data 21 julho 2023

Assinatura Débora ferreira Sousa e Avelar

Referências Bibliográficas

Abreu-Lima, I.; Alarcão, M.; Almeida, A. T. ; Brandão, M. T.; Cruz, O.; Gaspar, M. F.; & Santos, M. R., (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62362/2/44610>.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2021). *Normas de submissão de protocolos de investigação para apreciação por comissões de ética da Região de Lisboa e Vale do Tejo*.

https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/08/Normas_de_submiss_o_de_protoclos_d_e_investiga_o_vers_o_jan_2021.pdf

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (sd). *Lista de Verificação de Dossier de Submissão*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/comissao-de-etica-para-a-saude/seccao-de-investigacao/#content>

BCSD Portugal (2022). *Objetivos de desenvolvimento Sustentável*. <https://ods.pt/>

Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (sd). *Instrução de Processo à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT*. https://www.arslvt.minsaude.pt/wpcontecontent/uploads/sites/5/2021/08/Instru_es_aos_Requerentes.pdf

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2001). *Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo (Outº 2000)*.

https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34-cneqv-2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Figueiredo, H. (2012) *“Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar”* Lusociência.

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação, da concepção à realização*. 2^a (ed)

Lusociência

Kläusler-Troxler, M.; Kurth, E.; & Spirig, R. (2014) Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland. *Pflege*, (2014), 219-230, 27(4).

Lei nº 58/2019 (2018). *Lei de proteção de dados pessoais*. Diário da República, 1ª série de 2019- 08-08

Pereira A., Escola J., Almeida C., & Rodrigues V.. (2023) Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment. *BMC Nursing*, (2023), 1-11, 22 (1) <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01447.x>

Plano Nacional de Saúde 2021-2030

<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

PORDATA (2022). *Estatísticas sobre Portugal e a Europa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022

<https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>

Silva, R. V. N. (2013). *Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra.

Silva, L. A. S. O. (2016). *Estudos psicométricos da versão Portuguesa da Escala de Avaliação Parental*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016.

Smyth, S., & Anderson. G. (2014). *Family Nurse PartnerShip: Meeting the needs of teenager mothers*. *British Journal of Midwifery*, <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.12.870>

Ministério Público Portugal. Procuradoria-Geral da República (1997). *Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protec_ao_dh_biomedicina.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE® Versão 2015

Organização Mundial da Saúde. (2016). *INSPIRE: sete estratégias para acabar com a violência contra crianças*. Organização Mundial de Saúde
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207717> .

Portal da Comissão de Ética para a Saúde

<https://www.arslvt.min-saude.pt/comissao-de-etica-para-a-saude/>

Tanninen, H.; Häggman-Laitila, A.; Kangasniemi, M.; & Pietilä, A. (2014). How Resource-Enhancing Family Nursing is realized by Finnish parents? An intervention study. *International Journal of Caring Sciences* , 7 (2), pp. 520-529

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de APGAR de Smilkstein, validada para a população Portuguesa

APGAR Familiar de Smilkstein

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

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

Avaliação final:

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

Anexo 2 – Escala de Avaliação Parental

APÊNDICES

Apêndice 1 – Guião de entrevista

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS,
AVALIAÇÃO FAMILIAR E Clínica** **Código: GEMP__entrevista**

Pedimos que responda com sinceridade a todas as questões deste questionário. As suas respostas serão tratadas com a total confidencialidade, inerente ao sigilo profissional da equipa de saúde e respetivo anonimato.

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO¹

1. **Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino
2. **Data de Nascimento:** ____/____/____
3. **Idade:** _____
4. **Naturalidade:** _____
5. **Nacionalidade:** _____
6. **Estado Civil:** ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Unido(a) de facto N° Anos: _____
7. **Localidade onde vive:** ☐ Rural ☐ Urbana
8. **Tipologia da habitação:**
n° quartos: _____ Apartamento ☐ Moradia ☐ Outra: _____
9. **Situação Profissional:**
 - 9.1 Estudante ☐
 - 9.2 Trabalhador Estudante ☐
 - 9.3 Emprego Estável ☐ Sim ☐ Não
 - 9.4 Profissão: _____
 - 9.5 Desempregado ☐ Sim ☐ Não 9.6 Outro: _____

B) HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

10. Sem estudos/dificuldade para ler/escrever ☐
 - 1º Ciclo: Incompleto ☐ Completo ☐
 - 2º Ciclo: Incompleto ☐ Completo ☐
 - 3º Ciclo: Incompleto ☐ Completo ☐
 - Ensino Superior: Incompleto ☐ Completo: ☐ Superior ☐ Licenciatura ☐ Mais ☐

¹ Dados preenchidos pela investigadora, recorrendo à plataforma informática- SClinico®

C) GENOGRAMA²

Data: ____/____/2023

11. Tipo de Família: ☐ Nuclear ☐ Monoparental ☐ Recombinada ☐ Alargada
12. Contato com Família extensa:
- Tipo: Pessoal ☐ Telefónico ☐ Carta/email ☐ Outro: _____
- Intensidade: ☐ Diário ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro _____
- Função das relações ☐ Companhia social ☐ Apoio emocional ☐ Regulação social
- ☐ Guia conhecimento e conselhos ☐ Ajuda material e serviços
- ☐ Acesso a novos contatos ☐ Outra _____

D) RENDIMENTO FAMILIAR/CLASSE SOCIAL³

13. Considera o rendimento familiar:
- Estável ☐ Não Estável ☐ Quantia ao mês _____€
14. Contribuições para o rendimento familiar:
- ☐ A(o) própria(o): _____€ ☐ Companheiro(a): _____€ ☐ Apoio Social: _____€
- ☐ Pais/Sogros: _____€ ☐ Outros: _____(especificar)

² Dados facultados durante a entrevista recorrendo ao heteropreenchimento

³ Dados facultados durante a entrevista e de Autopreenchimento pelo participante – Escala de Graffar

E) PESSOAS COM QUEM VIVE⁴

15. Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____ (numeração)

16. Grau de parentesco/relação:

- ☐ Companheiro (a) ☐ Filho(a) ☐ Mãe/Pai ☐ Sogro(a) ☐ Irmão(ã)
☐ Sobrinho(a) ☐ Neto(a) ☐ Outros: _____ (especificar)

17. Ambiente Biológico:

Animal Doméstico: ☐ Não ☐ Sim. Qual ou quais? _____

Vacinação ☐ Sim ☐ Não

Desparasitação ☐ Sim ☐ Não

Observações _____

F) APOIOS⁵

18. Ajuda económica ☐

19. Sócio Educativa ☐

20. Ajuda no domicílio ☐

21. Serviços Comunitários ☐ Quais? _____

G) ECOMAPA⁶

22. Sistemas mais amplos relativamente á intensidade de vínculos

Legenda: Forte +|+++; Intermédio ±; Fraco ----; potenciador de stress ≠

Elemento de ligação (caso exista) =

Instituições de saúde: _____	Instituições Particulares Segurança Social _____
Instituições Religiosas: _____	Outros subsistemas: _____ _____
Amigos	Atividades de Lazer e Cultura _____ _____
Trabalho	

⁴ Dados facultados durante a entrevista

⁵ Dados facultados durante a entrevista

⁶ Dados facultados durante a entrevista, recorrendo ao heteropreenchimento

H) SATISFAÇÃO CONJUGAL⁷

23. Relação dinâmica

Satisfação do casal sobre a divisão/ partilha de tarefas domésticas

☐ Sim ☐ Algumas vezes ☐ Não _____ (Identificação do cônjuge que responde) Se Não quais as razões: _____

24. Comunicação

O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um

☐ Sim ☐ Algumas vezes ☐ Não

O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião

☐ Sim ☐ Algumas vezes ☐ Não

Satisfação com o modo como o casal comunica

☐ Sim ☐ Algumas vezes ☐ Não _____ (Identificação do cônjuge que responde). Se não, quais as razões: _____

25. Interação Sexual (aplicável em famílias de primogénitos com idade superior a 42 dias)

Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

☐ Sim ☐ Não _____ (Identificação do cônjuge que responde)
Se Não quais as razões: _____

Conhecimento do casal sobre a sexualidade

☐ Sim ☐ Não _____ (Identificação do cônjuge que responde)

I) PLANEAMENTO FAMILIAR⁸

26. Fertilidade

O casal planeia ter mais filhos ☐ Não ☐ Sim. Quando? _____

Alterações na fertilidade do casal ☐ Não ☐ Sim. Especificar _____

27. Uso de contraceptivo

Método: Anticoncepcional oral ☐ Anticoncepcional injetável ☐ Cirúrgico ☐
Implante intradérmico ☐ Preservativo ☐ Naturais ☐

Interrupção do uso de contraceptivo: ☐ Não ☐ Sim. Quando? _____

Motivo: Indicação clínica ☐ Gravidez ☐ Outro: _____ (qual)

Satisfação com contraceptivo adotado: ☐ Sim ☐ Não

Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos: ☐ Sim ☐ Não

Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos: ☐ Sim ☐ Não

28. Conhecimento sobre reprodução

Conhecimento do casal sobre ciclo sexual da mulher: ☐ Sim ☐ Não

⁷ Dados facultados durante a entrevista, outros avaliados pela escala de autopreenchimento de APGAR Smilstein)

⁸ Dados facultados durante a entrevista

Conhecimento sobre espaçamento adequado das gravidezes: ☐ Sim ☐ Não

J) PAPEL PARENTAL⁹

29. Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	SIM ☐	NÃO ☐

30. Conhecimento do Papel (de recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM ☐	NÃO ☐
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre socialização	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	SIM ☐	NÃO ☐
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM ☐	NÃO ☐

31. Comportamentos de Adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais promovem a socialização da criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM ☐	NÃO ☐
Os pais interagem positivamente com a criança	SIM ☐	NÃO ☐

⁹ Dados facultados durante a entrevista e consulta no programa informático - SClinico|

K) PROCESSO FAMILIAR¹⁰

32. Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos _____

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____
(com narrativas dos membros de família)

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____
(com narrativas dos membros de família)

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família

☐ Favorável ☐ Não Favorável.

Se Não Favorável, especificar _____

33. Comunicação Verbal/Não verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não Verbal) com os outros

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____

34. Comunicação Circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa

☐ Favorável ☐ Não Favorável.

Se Não Favorável, especificar _____

L) COPING FAMILIAR¹¹

35. Solução de problemas

Quem na família expressa mais os sentimentos _____

Quem tem a iniciativa para resolver _____

Existe discussão sobre os problemas na família ☐ Sim ☐ Não

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas ☐ Sim ☐ Não.

¹⁰ Dados facultados durante a entrevista; consulta em processo Sclínico e aplicação das Escalas de APGAR de Smilstein e de Readaptação social de Holmes e Rahe de autopreenchimento

¹¹ Dados facultados durante a entrevista; consulta em processo Sclínico e aplicação das Escalas de APGAR de Smilstein e de Readaptação social de Holmes e Rahe

Se Não, especificar _____

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas

☐ Não ☐ Sim.

Se sim, especificar _____

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas

☐ Não ☐ Sim.

Especificar _____

M) RELAÇÃO DINÂMICA

36. Influência e Poder

Membro com maior poder na família _____

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros. ☐ Sim ☐ Não

Se Não, especificar _____

37. Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros

☐ Sim ☐ Não.

Se sim, especificar _____

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união

☐ Sim ☐ Não.

Se Não, especificar _____

38. Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Membro _____	Resultado
	Família altamente funcional ☐
	Família com moderada disfunção ☐
	Família disfunção acentuada ☐

Membro _____	Resultado
	Família altamente funcional ☐
	Família com moderada disfunção ☐
	Família disfunção acentuada ☐

39. Crenças Familiares

Religiosas _____

Espirituais _____

Valores _____

Culturais _____

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de Saúde _____

(Adaptado de Figueiredo, 2012)

N) DADOS CLÍNICOS SOBRE A GRAVIDEZ¹²

Caso tenha passado (ou a sua companheira) por perdas na gravidez, de que tipo e quantas foram?

- ☐ Aborto espontâneo. Quantos? _____
- ☐ Interrupção médica da gravidez (interrupção devida a malformação ou doença grave do bebé). Quantas? _____
- ☐ Interrupção voluntária da gravidez. Quantas? _____

Caso tenha recebido um diagnóstico de infertilidade, indique:

- a) Origem: ☐ Masculina
☐ Feminina
☐ Desconhecida
- b) Duração da infertilidade: _____ ano(s) _____ meses
- c) Número e tipo de tratamentos realizados: _____

Em relação a esta lista de características, indique, para cada uma delas, como é o seu bebé em comparação com a maioria dos bebés. Depois, indique se essa característica específica dificulta ou não a sua interação com o bebé.

	Em comparação com a maioria dos bebés...			Esta característica dificulta a sua interação com o bebé?	
	Mais do que os outros bebés	Tanto como os outros bebés	Menos do que os outros bebés	Sim	Não
É calmo					
Chora					
É difícil de acalmar					
Tem dificuldades com a alimentação					
Bolsa ou tem problemas intestinais (cólicas)					
Tem dificuldade em adormecer					
Dorme por períodos prolongados					
Consegue estar atento e alerta ao que o rodeia					
É rabugento					
É fácil de cuidar					

Dados relativos à história médica

Alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

- ☐ Não. ☐ Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? ☐ há 6 meses ou menos ☐ há mais de 6 meses e até 1 ano
☐ há mais de 1 ano e até 2 anos ☐ há mais de 2 anos

O pai/mãe do seu filho mais novo alguma vez recebeu um diagnóstico de disfunção sexual?

- ☐ Não. ☐ Não sei. ☐ Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? ☐ há 6 meses ou menos ☐ há mais de 6 meses e até 1 ano
☐ há mais de 1 ano e até 2 anos ☐ há mais de 2 anos

Alguma vez recebeu um diagnóstico de alguma outra doença física ou psiquiátrica?

- ☐ Não. ☐ Sim. Qual foi o diagnóstico? _____

Há quanto tempo o recebeu? ☐ há 6 meses ou menos ☐ há mais de 6 meses e até 1 ano
☐ há mais de 1 ano e até 2 anos ☐ há mais de 2 anos

Atualmente, faz algum tratamento para alguma das doenças?

- ☐ Não. ☐ Sim. Que tratamentos? _____

Tem, ou já teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Não. ☐ Sim. Qual e quando? _____

(Adaptado de Silvia, Lilian, 2016)

MUITO GRATA PELA SUA COLABORAÇÃO...

¹² Dados facultados pelo programa informático - SClinico® e/ou dados facultados durante a entrevista

Apêndice 2 - Autorização do autor da Escala de Avaliação Parental

Informação e autorização para aplicação de instrumento de avaliação - Escala Avaliação Parental (2º email)

Bárbara Nazaré <barbara.nazare@ucp.pt>
Para: DEBORA FERREIRA SOUSA E AVELAR <davelar@campus.esel.pt>

29 de junho de 2023 às 11:22

Bom dia, Débora!

Espero que esteja bem.

Sim, pode utilizar o instrumento no âmbito que descreveu.
Seguem anexas as versões de 10 e 7 itens da escala.

Bom resto de semana,

Bárbara

De: DEBORA FERREIRA SOUSA E AVELAR <davelar@campus.esel.pt>

Enviado: 28 de junho de 2023 09:25

Para: Bárbara Nazaré <barbara.nazare@ucp.pt>

Assunto: Informação e autorização para aplicação de instrumento de avaliação - Escala Avaliação Parental (2º email)

Bom dia Exma. Sra. Prof. Dra. Bárbara Nazaré

Espero que se encontre bem.

Sou estudante do 1º ano do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Nesta fase do meu percurso estou a desenvolver um projeto sobre a Promoção da Parentalidade e tenho interesse em aplicar o instrumento - Escala de Avaliação Parental, validada para a população portuguesa por uma mestranda sua, Lilian Silva, em 2016, na Universidade da Lusófona em Lisboa.

Neste sentido, venho pedir autorização para a sua aplicação ou se assim o entender que me faculte o contacto da sua Mestranda Lilian Silva, para que a possa contactar e pedir autorização para usar a escala.

Desculpe a insistência, mas como é do seu conhecimento, o meu projeto depende da vossa autorização para poder utilizar a Escala de Avaliação Parental por vós validada para a população portuguesa.

Agradeço toda a atenção dispensada, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

APÊNDICE VII: Quadros referentes aos Indicadores de Saúde, alocados ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2012) e à Taxonomia CIPE® (2019)

Taxas de Avaliação	Dimensão MDAIF	Fórmula de cálculo dos Indicadores
	Estrutural	Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100
		Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100
	Desenvolvimento	Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100
		Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100
		Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100
Funcional		Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

Taxa de frequência relativa	Dimensão MDAIF	Fórmula de cálculo dos Indicadores
	Estrutural	Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100
		Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100
	Desenvolvimento	Nº. de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100
		Nº. de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas com Planeamento Familiar não eficaz/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100
		Nº. de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100
Funcional		Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100

Taxa de Resultado	Dimensão MDAIF	Fórmula de cálculo dos Indicadores
	Estrutural	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar /Nº total de famílias com Rendimento Familiar insuficiente x 100
		Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100
	Desenvolvimento	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não mantida x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
		Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com Planeamento Familiar não eficaz x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Uso de contraceptivo /Nº total de famílias com Uso contraceptivo não adequado x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento Reprodução /Nº total de famílias com Conhecimento Reprodução não demonstrado x 100
		Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental não adequado x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
	Funcional	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar /Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz x 100
		. Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

Taxonomia CIPE® (2019)	Fórmula de cálculo dos indicadores
Taxa de adesão	Nº de mães avaliadas sobre a perceção de autoeficácia parental x 100
	Nº Total de mães avaliadas
	Nº de pais avaliados sobre a perceção de autoeficácia parental x 100
	Nº Total de pais avaliados
	Nº de figuras parentais avaliados sobre a perceção de autoeficácia parental x 100
Taxa de Frequência Relativa	Nº Total de figuras parentais avaliadas
	Nº de mães com perceção de autoeficácia parental $\leq$ a 7,57/10 x 100
	Nº Total de mães avaliadas
	Nº de pais com perceção de autoeficácia parental $\leq$ a 7,93/10 x 100
	Nº Total de pais avaliados
Taxa de resultado	Nº de figuras parentais avaliadas com perceção de autoeficácia parental diminuída x 100
	Nº Total de figuras parentais avaliadas

APÊNDICE VIII: Resultados da avaliação inicial da Escala de Avaliação Parental

Tabela 1

Resultados da avaliação inicial da Escala de Avaliação Parental

Parentesco	Estatística descritiva		EAP Inicial
<u>Mãe</u>	N	Válido	16
		Omisso	0
	Média		7,5750
	Mediana		7,4000
	Mínimo		4,30
	Máximo		10,00
	Percentis	25	7,0000
		50	7,4000
		75	8,5500
<u>Pai</u>	N	Válido	13
		Omisso	3
	Média		7,9385
	Mediana		8,6000
	Mínimo		5,70
	Máximo		10,00
	Percentis	25	6,0500
		50	8,6000
		75	9,4500

APÊNDICE IX: Gráficos da distribuição da idade da figura paterna e materna

Gráfico 3

Histograma da distribuição da idade da figura paterna

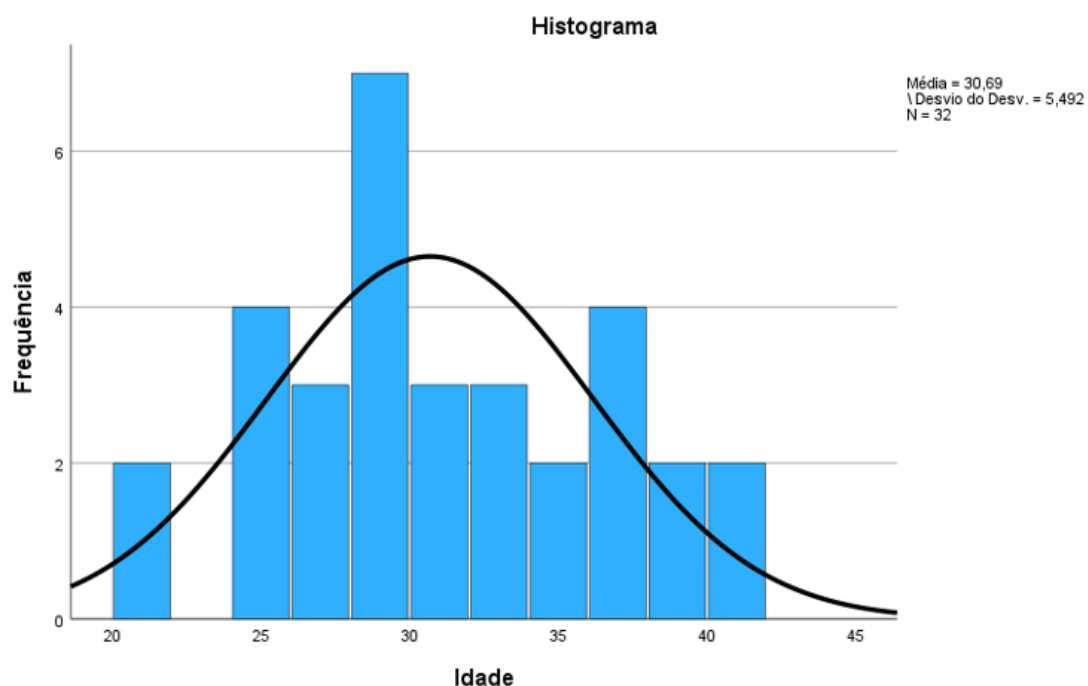
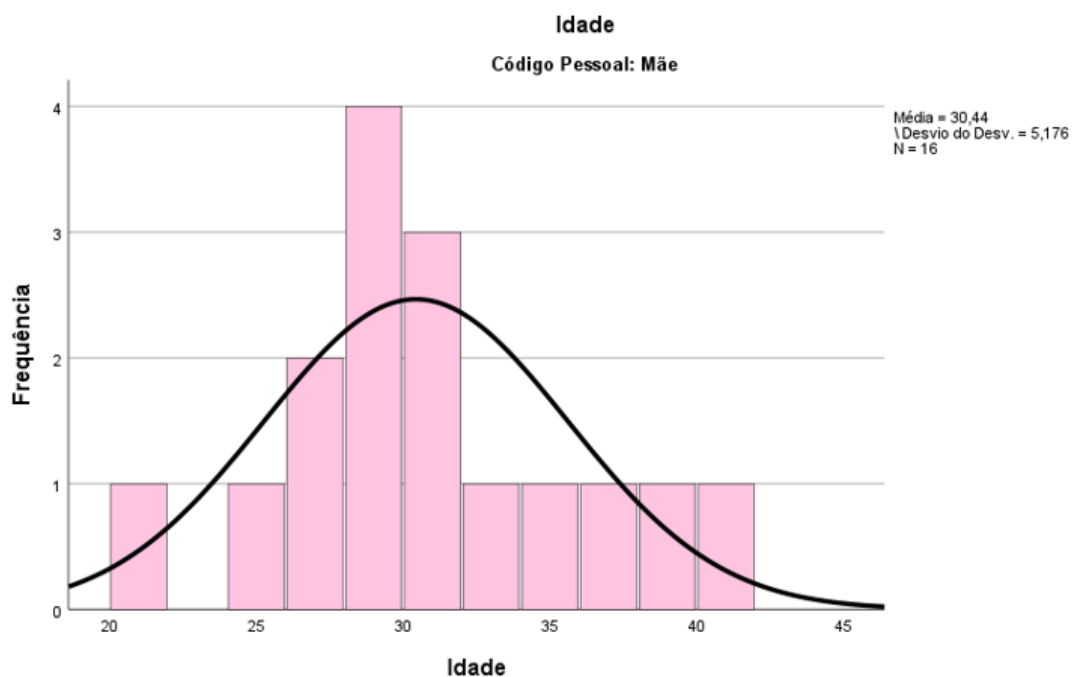


Gráfico 4

Histograma da distribuição da idade da figura materna



APÊNDICE X: Comparação dos resultados da avaliação inicial e final da Escala de
Avaliação parental

Tabela 2

Resultados da avaliação inicial da Escala de Avaliação Parental

Parentesco	Estatística descritiva		EAP Inicial	EAP Final
Mãe	N	Válido	16	13
		Omisso	0	3
	Média		7,5750	7,6385
	Mediana		7,4000	7,4000
	Mínimo		4,30	5,40
	Máximo		10,00	9,70
	Percentis	25	7,0000	6,1500
		50	7,4000	7,4000
		75	8,5500	9,1500
Pai	N	Válido	13	9
		Omisso	3	7
	Média		7,9385	8,1000
	Mediana		8,6000	8,6000
	Mínimo		5,70	6,00
	Máximo		10,00	10,00
	Percentis	25	6,0500	6,7500
		50	8,6000	8,6000
		75	9,4500	9,1000

APÊNDICE XI: Caraterização sociodemográfica da amostra

Tabela 4

Idades dos descendentes das famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Idade do Descendente (meses)	Sexo				Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)
	Masculino		Feminino			
	FA	FR	FA	FR		
0	4	25%	2	12,5%	6	37,5%
1	0	0	1	6,25%	1	6,25%
2	1	6,25%	2	12,5%	3	18,75%
3	1	6,25%	0	0	1	6,25%
4	2	12,5%	1	6,25%	3	18,75%
5	1	6,25%	0	0	1	6,25%
6	1	6,25%	0	0	1	6,25%
Total	10	62,5%	6	37,5%	16	100%

Tabela 5

Idades dos ascendentes das famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Idade do Ascendente (anos)	Mãe (N=16)		Pai (N=16)		Total do Ascendente	
	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)	FA	FR	FA	FR
21 - 29	8	50%	7	43,75%	15	46,88%
30 - 34	5	31,25%	3	18,75%	8	25%
35 - 46	3	18,75%	6	37,5%	9	28,12%
Total	16	100%	16*	100%	32	100%

* N=16 (foram incluídos os dois membros paternos emigrantes)

Tabela 6

Estado Civil das famílias primogénitas e Nacionalidade dos ascendentes nas famílias de primogénitos

<u>Estado Civil</u>	<u>Frequência Absoluta</u>	<u>Frequência Relativa</u>	<u>Nacionalidade</u>	<u>Frequência Absoluta</u>	<u>Frequência Relativa</u>
Casados	2	12,5%	Portuguesa	27	84,4%
Unidos de facto	8	50%	Brasileira	3	9,4%
Solteiros	5	31,25%	Guineense	2	6,2%
Separados	1	6,25%			
Total	16	100%	Total	32	100%

Tabela 7

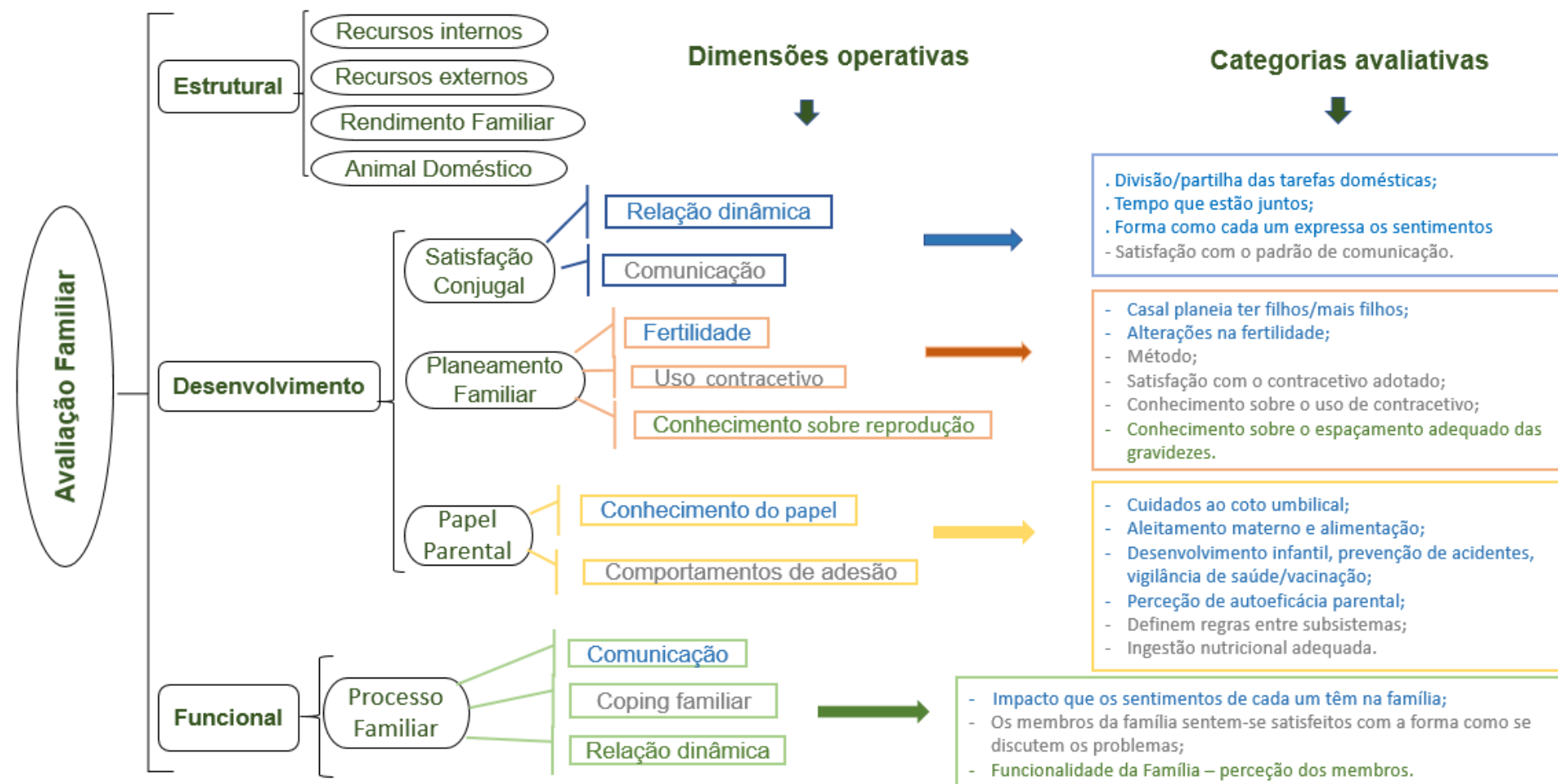
Situação profissional e habilitações literárias dos ascendentes das famílias de primogénitos

<u>Situação profissional</u>	<u>Frequência Absoluta (FA)</u>	<u>Frequência Relativa (FR)</u>	<u>Habilitação literária</u>	<u>FA</u>	<u>FR</u>
Emprego estável	24	75%	2º ciclo	5	15,63%
			3º ciclo	11	34,38%
Desemprego	8	25%	Licenciatura	6	18,75%
			Mestrado	6	18,75%
			Curso	4	12,5%
Total	32	100%	Profissional		
			Total	32	100%

APÊNDICE XII: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, adaptado de
Figueiredo (2012)

Figura 2

Diagrama do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (Adaptado)



Fonte: Adaptado, Diagrama de áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação do MDAIF (Figueiredo, 2012)

APÊNDICE XIII: Caraterização das famílias de primogénitos na dimensão estrutural

Tabela 8

Tipologia, Composição familiar, Animal Doméstico e Classe Social das Famílias de primogénitos

Tipologia Familiar	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)	N.º de membro/grau de parentesco	FA	FR	Animal Doméstico	FA	FR	Classe Social	FA	FR
Nuclear	12	75%	3 / pai, mãe e filho	12	75%	Sim	10	62,5%	Alta	2	12,5%
			4 / pai, mãe, filho, avó materna ou paterna	2	12,5%				Média	6	37,5%
			5 / mãe, filho, bisavós maternos, tia materna	1	6,25%				Alta	6	37,5%
Alargada	4	25%	8 / pai, mãe, filho, avós maternos, 2 tios maternos e tia materna	1	6,25%	Não	6	37,5%	Média	2	12,5%
									baixa	0	0
Total	16	100%	Total	16	100%	Total	16	100%	Total	16	100%

Tabela 9

Divórcios/ Separação e Comunicação com a Família Extensa nas Famílias de primogénitos

Tipo contato	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)	Intensidade contato	FA	FR	Função do contato	FA	FR	Divórcio /Separação	FA	FR
Telefónico + Pessoal	11	68,75%	Diário	13	81,25%	Apoio emocional + Guia/Conhecimento e conselhos	6	37,5%	Avós Maternos OU Paternos	7	43,75%
			Quinzenal	1	6,25%	Guia/Conhecimento e conselhos	3	18,75%			
Telefónico	5	31,25%	Mensal	1	6,5%	Apoio emocional	2	12,5%	Avós Maternos E Paternos	5	31,25%
				1	6,5%	Apoio emocional + apoio económico	2	12,5%			
				1	6,5%	Regulação social	1	6,25%			
Total	16	100%	Total	16	100%	Mais de 2 funções relacionais	2	12,5%	Não	4	25%
						Total	16	100%	Total	16	100%

Tabela 10

Sistemas mais amplos identificados pelas Famílias de primogénitos

Sistema mais amplo	USF	Trabalho	Amigo	Serviço Lazer/cultura	Instituição Ensino	Outro subsistema	Pediatra	Internet	Serviço Urgência Hospitalar	Curso pós parto
Nº de famílias (N= 16)	16	16	13	12	9	9	8	4	4	3
Tipo Interação	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %
Fraco	0 0	3 18,75	2 12,5	8 50	1 6,25	6 37,5	0 0	0 0	3 18,75	0 0
Intermédio	6 37,5	7 43,75	4 25	3 18,75	3 18,75	3 18,75	7 43,75	1 6,25	0 0	3 18,75
Forte	10 62,5	2 12,5	7 43,75	1 6,25	1 6,25	0 0	1 6,25	3 18,75	0 0	0 0
Gerador stress	0 0	4 25	0 0	0 0	4 25	0 0	0 0	0 0	1 6,25	0 0

Tabela 11

Facilitadores da parentalidade positiva identificados nas Famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Fator <u>facilitador</u> da parentalidade positiva na família de primogénito, dos 0 aos 6 meses (N=16)		Frequência absoluta	Frequência relativa	
Determinantes de Saúde	Subsistema conjugal	- Planeamento da Gravidez	12	75%
		- Comunicação conjugal	12	75%
		- Compreensão e entreajuda	11	68,75%
		- Experiência em tomar conta de crianças	7	43,75%
		- Rendimento familiar elevado	7	43,75%
	Família extensa	- Ter apoio	12	75%
		- Proximidade residencial	12	75%
		- Ter bom relacionamento	11	68,75%
		- Comunicação recorrendo ao uso de novas tecnologias de comunicação e informáticas	7	43,75%
		- Rendimento estável	13	81,25%
Determinantes sociais de saúde	Recursos socio económicos	- Ter Amigos	12	75%
		- Trabalhar por conta própria e/ou teletrabalho	4	25%
	Recursos Educação/Literacia	- Material de apoio informativo	9	56,25%
		- Cursos e formação	4	25%
		- Uso internet / Webinar	3	18,75%
	Recursos sociais e organizacionais	- Apoio da USF	16	100%
		- Apoio Pediatra	8	50%
		- Apoio de outros profissionais de saúde do SNS	4	25%
		- Outros serviços de saúde da comunidade	3	18,75%
		- Apoio pela terapia familiar	1	6,25%

Tabela 12

Inibidores da parentalidade positiva identificados nas Famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Fator <u>inibidor</u> da parentalidade positiva na família de primogénito, dos 0 aos 6 meses				
(N=16)		Frequência absoluta	Frequência Relativa	
Determinantes de saúde	Subsistema conjugal	- Antecedente pessoal de morbilidade/Estilo de vida não saudável	11	68,75%
		- Experiências de vida em situações complexas	7	43,75%
		- Complicação no parto	5	31,25%
		- Gestão de momentos a sós	5	31,25%
		- Gravidez não planeada	4	25%
		- Diminuída perceção de autoeficácia parental	11	68,75%
		- Infertilidade	3	18,75%
		- Separação e/ou emigração do cônjuge	3	18,75%
		- Tensão no agregado familiar	3	18,75%
		- Papel parental cumulativo com papel de cuidador informal	1	6,25%
	Família extensa	- Dificuldades com família do cônjuge	11	68,75%
		- Comportamentos aditivos	5	31,25%
		- Não existência de apoio presencial	5	31,25%
		- Inexistência de ligação entre avós e a família de primogénito	5	31,5%
		- Intromissão de um dos membros do agregado por dificuldade na colocação de limites	3	18,75%
		- Dificuldade em desempenhar o papel de avós por colocação de limites rígidos pelo subsistema pais	4	25%
		- Avós com comorbilidades	3	18,75%
		- Família em situação complexa	3	18,75%
Determinantes sociais de saúde	Recursos socio económicos	- Desemprego no agregado familiar	6	62,5%
		- Readaptação profissional	5	31,25%
		- Dificuldade na inscrição em berçário	4	25%
		- Emigração do cônjuge/pai	3	18,75%
		- Rendimento não estável	2	12,5%
	Recursos ambientais	- Distanciamento residencial (outro distrito, país) entre família extensa e família primogénita	5	31,25%
		- Perspetiva de mudança de residência para outro país	2	12,5%
		- Alternar residência	1	6,25%

APÊNDICE XIV: Caraterização das famílias de primogénitos na dimensão desenvolvimento

Tabela 13

Distribuição das frequências na dimensão operativa Relação Dinâmica, integrada na área de atenção Satisfação Conjugal nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Satisfação Conjugal (N= 16 famílias)					
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Relação dinâmica					
	Categorias avaliativas	Divisão/partilha de tarefas		Tempo que estão juntos		Forma como cada um expressa sentimentos	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	Frequência Absoluta	13	3	12	4	12	4
	Total	16		16		16	
	Frequência Relativa	81,25%	18,75%	75%	25%	75%	25%
	Total	100%		100%		100%	
		Relação dinâmica Não disfuncional		Relação dinâmica disfuncional			
		12		4			
		75%		25%			
		100%		100%			

Tabela 14

Distribuição das frequências na dimensão operativa Comunicação, integrada na área de atenção Satisfação Conjugal nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Satisfação Conjugal (N= 16 famílias)			
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Comunicação			
	Categorias avaliativas	Satisfação com o padrão de comunicação do casal		Comunicação Eficaz	Comunicação Não Eficaz
		Sim	Não		
	Frequência Absoluta	12	4	12	4
	Total	16		16	
	Frequência Relativa	75%	25%	75%	25%
	Total	100%		100%	

Tabela 15

Distribuição das frequências na dimensão operativa fertilidade, integrada na área de atenção Planeamento Familiar nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Planeamento familiar (N= 16 famílias)			
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Fertilidade			
	Categorias avaliativas	Casal planeia ter mais filhos		Alterações da fertilidade	
		Sim	Não	Sim	Não
	Frequência Absoluta	5	11	3	13
	Total	16		16	
	Frequência Relativa	31,25%	68,75%	18,75%	81,25%
Total		100%		100%	
		Fertilidade não comprometida		Fertilidade comprometida	
		15		1	
		93,75%		6,25%	
		100%		100%	

Tabela 16

Distribuição das frequências na dimensão operativa Uso de contraceptivo e Conhecimento sobre a reprodução, integrada na área de atenção Planeamento familiar nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Planeamento familiar (N= 16 famílias)									
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Uso de contraceptivo								Conhecimento sobre reprodução	
	Categorias avaliativas	Uso de contraceptivo		Método contraceptivo				Satisfação com o método adotado		Conhecimento do casal sobre uso de contraceção	
		Sim	Não	ACO	Implante	DIU	Barreira	Sim	Não	Sim	Não
	Frequência Absoluta	10	6	7	1	1	1	15	1	9	7
	Total	16		10				16		16	
	Frequência Relativa	62,5%	37,5%	43,75%	6,25%	6,25%	6,25%	93,75%	6,25%	56,25%	43,75%
Total		100%		62,50%				100%		100%	
		Uso contraceção adequado		Uso contraceção não adequado		Conhecimento casal sobre espaçamento adequado entre gravidez					
		8		8		7		9			
		50%		50%		43,75%		56,25%			
		100%		100%		100%		100%		100%	

Tabela 17

Distribuição das frequências na dimensão operativa Conhecimento do papel, integrada na área de atenção Papel Parental nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Papel Parental (N= 16 famílias)															
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Conhecimento do papel															
	Categorias avaliativas	Conhecimento dos pais: recém-nascido (RN) e recém-nascido até à idade escolar (RN-IE)								Aprendizagens de habilidade (RU)				Conhecimento do papel demonstrado	Conhecimento do papel não demonstrado		
		Cuidados ao coto umbilical - RN		Aleitamento Materno - RN		Desenvolvimento infantil, prevenção acidentes, vigilância saúde/vacinação – RN à IE		Alimentação RN à IE		Coto umbilical - RN		Técnica de aleitamento materno					
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não				
		Frequência Absoluta		9	7	9	7	9	7	7	9	10	6			5	11
		Total		16		16		16		16		16				16	
Frequência Relativa		56,25%	43,75%	56,25%	43,75%	56,25%	43,75%	43,75%	56,25%	62,50%	37,50%	31,25%	68,75%	31,25%	68,75%		
Total		100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%			

Tabela 18

Distribuição das frequências na dimensão operativa comportamentos de adesão, integrada na área de atenção Papel parental nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Papel Parental (N= 16 Famílias)					
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Comportamentos de adesão					
	Categorias avaliativas	Definem regras entre subsistemas		Ingestão nutricional adequada		Comportamento de adesão demonstrados	Comportamento de adesão não demonstrados
		Sim	Não	Sim	Não		
	Frequência Absoluta	5	11	4	12	4	12
	Total	16		16		16	
	Frequência Relativa	31,25%	68,75%	25%	75%	25%	75%
	Total	100%		100%		100%	

APÊNDICE XV: Caraterização das famílias de primogénitos na dimensão funcional
(vertente expressiva)

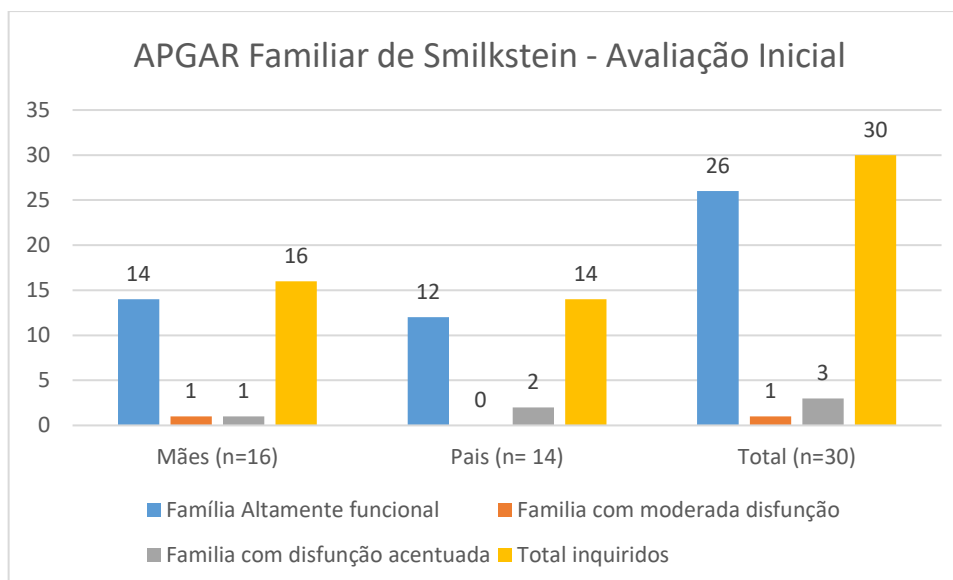
Tabela 19

Distribuição das frequências na dimensão operativa Comunicação e Coping familiar, e Relação Dinâmica, integrada na área de atenção do Processo familiar nas famílias de primogénitos

Área de atenção		Processo Familiar (N=16 Famílias)					
Avaliação Inicial	Dimensão operativa	Comunicação Familiar		Coping familiar		Relação Dinâmica	
	Categorias avaliativas	Impacto que os sentimentos de cada um têm na família		Sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas		Funcionalidade da família – percepção dos membros	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	Frequência Absoluta	12	4	13	3	12	4
	Total	16		16		16	
	Frequência Relativa	75%	25 %	81,25%	18,75%	75%	25%
	Total	100%		100%		100%	
		Processo familiar não disfuncional		Processo familiar disfuncional			
		12		4			
		75%		25%			

Gráfico 5

Distribuição das famílias de primogénitos nas dimensões operativas da área de atenção Processo Familiar



APÊNDICE XVI: Caraterização das famílias de primogénitos, de acordo com
Taxonomia CIPE®

Tabela 20

Distribuição da percepção de autoeficácia dos ascendentes das Famílias de primogénitos, alocado ao instrumento de avaliação Escala de Avaliação Parental – Avaliação Inicial

Escala de avaliação Parental								
Avaliação Inicial	Perceção autoeficácia Parental (N=30)	Média	Valores (0-10)	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Perceção autoeficácia Parental (N=30)	Frequência absoluta	Frequência Relativa
	Perceção Materna (N=16 mãe)	7,57/10	≤ 7,57/10	8	50%	Autoeficácia diminuída	14	46,7%
			> 7,57/10	8	50%			
	Total adesão materna			16	100%			
	Perceção Paterna (N=14 pai)	7,93/10	≤ 7,93/10	6	42,9%	Autoeficácia positiva	15	50%
			> 7,93/10	7	50%			
	Total adesão paterna			13	93%	Total de adesão	29	97%
	Omisso			1	7%	Omisso	1	3%
	Total adesão parental			29	97%	Total	30	100%

APÊNDICE XVII: Frequências dos Diagnósticos de enfermagem de acordo com o
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Tabela 21

Frequências dos diagnósticos de enfermagem de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Dimensão Familiar	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos	Juízo	Frequência Absoluta (N=16)	Frequência Relativa
Estrutural	<u>Rendimento familiar</u>	Insuficiente	2	12,5%
	<u>Animal Doméstico</u>	Não negligenciado	10	62,5%
Desenvolvimento	<u>Satisfação conjugal</u>	Não Mantida	4	25%
	• Relação Dinâmica	Disfuncional	4	25%
	• Comunicação	Não Eficaz	4	25%
	<u>Planeamento Familiar</u>	Não eficaz	9	56,25%
	• Uso de contraceção	Não Adequado	8	50%
	• Conhecimento sobre a reprodução	Não demonstrado	9	56,25%
	<u>Papel Parental</u>	Não Adequado	12	75%
	• Conhecimento do Papel	Não Demonstrado	11	68,75%
	• Comportamentos de Adesão	Não Demonstrado	12	75%
Funcional	<u>Processo Familiar</u>	Disfuncional	4	25%
	• Comunicação Familiar	Não Eficaz	4	25%
	• Coping Familiar	Não Eficaz	3	18,8%
	• Relação Dinâmica	Disfuncional	4	25%

Fonte: Adaptado de *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar* (Figueiredo, 2012).

APÊNDICE XVIII: Frequências dos Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia Classificação Internacional da prática de enfermagem

Tabela 22

Frequências dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional da prática de enfermagem

Foco	Juízo	Recursos	Ação	Tempo	Localização	Cliente	Diagnóstico de enfermagem	Frequência Absoluta (N= 30*)	Frequência Relativa (N=30*)
Auto-eficácia (10024911)	Diminuído (10011438)	Serviço de saúde infantil (10008795)	Avaliar (10002673)	Consulta (10020817)	Unidade de cuidados de saúde (10008724)	Pais (10014023)	Autoeficácia Diminuída (10011438)	14	46,7%
		Serviço de promoção de saúde (10008776)	Analisar (10002298)				Autoeficácia Positiva (10025672)	15	50%
		Questionário (10016229)							

(*) Um dos pais não respondeu ao questionário – Escala de avaliação parental

APÊNDICE XIX: Plano de cuidados de enfermagem na promoção da parentalidade positiva de famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses, de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar e a taxonomia Classificação Internacional da prática de enfermagem

Plano de Cuidados de Enfermagem em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses										
Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2019 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
Outubro/Novembro de 2023	Estrutural	(10007554) - Família	Rendimento Familiar Insuficiente	Graffar Adaptado (Grau IV e V) Entrevista Familiar, em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil (Guião de entrevista)	Rendimento Familiar Insuficiente	. Promoção da gestão do rendimento familiar . Aplicação de genograma e ecomapa para conhecer e explorar recursos	. Articulação com a Técnica de Serviço Social (TSS) da Unidade recursos assistenciais (URAP) partilhados . Orientação da família para o serviço social	. Encorajo expressão de sentimentos . Promoção da acessibilidade à consulta de enfermagem (por via telefonica ou presencial) . Promoção da acessibilidade à consulta de enfermagem (por via telefonica ou presencial)	Rendimento Familiar suficiente	. Janeiro de 2024 . Referenciação para URAP (TSS) . Avaliação contínua de cuidados em contexto de CESI . Consulta de registo no programa informatico - Sclínico®
			Animal Domestico	Entrevista Familiar, em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil (Guião de entrevista)	Animal doméstico não negligenciado	. Sensibilizo para a necessidade de manter o animal doméstico desparasitado e vacinado . Alerta para o risco de acidentes que possam envolver o recém-nascido	. Promoção da motivação para avacinação e desparasitação do animal doméstico		Animal domestico não negligenciado	. Janeiro 2024 . Avaliação contínua de cuidados em contexto de CESI

Plano de Cuidados de Enfermagem em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses										
Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2015 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
Outubro/Novembro de 2023	Desenvolvimento	(10021611) Casal	(10011747) Satisfação Conjugal	Entrevista Familiar, em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil (Guião de entrevista)	Satisfação conjugal não mantida	.Aconselhamento sobre a redefinição da divisão / partilha de tarefas domésticas .Promoção da comunicação entre o casal .Aceitação da situação de afastamento geográfico entre o casal (reenquadramento) .Explicação da importância das atividades em conjunto através do uso de tecnologias informáticas .Apresentação sobre a possibilidade de apoio e ajuda médica da USF e/ou psicólogo da URAP .Aconselhamento sobre apoio pela terapia familiar .Ensinar sobre sexualidade .Clarificação de narrativas	.Aconselhamento de estratégias e atividades em conjunto quando a presença do companheiro em Portugal .Aconselhamento do uso das tecnologias informáticas para além do contacto telefónico .Motivação para atividades em conjunto .Prescrição de rituais familiares , como exemplo: ida ao teatro, uso de aplicações tecnológicas para manter contato entre os membros da família;	.Reforço positivo sobre a divisão e partilha de tarefas enfatizando a envolvimento paterna .promoção da comunicação expressiva das emoções, partilhando sentimentos .Promoção da acessibilidade à consulta de enfermagem (por via telefonica ou presencial) .Criação de espaços para escutar narrativas individualmente	Satisfação conjugal mantida	Janeiro 2024 .Avaliação contínua de cuidados em contexto de CESI . Consulta de registo no programa informático - Sclínico®

Plano de Cuidados de Enfermagem em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE, 2019 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
Outubro/Novembro de 2023	Desenvolvimento	Família (10007554)	Conhecimento do papel e Comportamentos de Adesão	Entrevista Familiar , em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil (Guião de entrevista)	Papel Parental não adequado	.Ensino aos pais sobre a importância da vigilância de saúde .Ensino sobre a importância do processo de vinculação, envolvendo figura paterna emigrada .Ensino à mãe sobre aleitamento materno e/ou artificial .Ensino à mãe sobre desenvolvimento infantil .Ensino sobre as características das dejeções do recém-nascido, .Ensino sobre cuidados a ter com coto umbilical .Ensino sobre as características e competências do recém-nascido .Resignificação do papel paterno e materno, no sentido de aceitar situação de afastamento geográfico .promoção de um padrão de atividades de lazer adequado às crianças e restante família, tendo em atenção as suas vontades e as suas possibilidades económicas .Ensino sobre padrão alimentar adequado à criança .Ensino sobre prevenção de acidentes .Ensino sobre socialização e a importância de regras estruturantes .Informe sobre a possibilidade de orientação para outros profissionais (Psicólogo)	Aconselhamento a criar uma rotina de contacto com a figura paterna através do uso das tecnologias Aconselhamento sobre a necessidade de atividades de lazer entre os seus membros (no caso do DSS emigração, incluir o pai através de contacto telefónico ou outro, nos momentos familiares) .Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical e técnica de aleitamento materno e /ou artificial .Providência material informático sobre as reais necessidades dos pais .Providência conferência familiar envolvendo mãe e avó com o objetivo de desmistificar crenças face ao aleitamento materno .Aplicação da escala de depressão pós-parto de Edimburgo .Articulação de cuidados com médica de família face aos resultados da escala de Edimburgo (12 valores) e possibilidade de referência para psicólogo	.Reforço positivo sobre desempenho parental .Promoção da comunicação expressiva das emoções, partilhando sentimentos Promoção da acessibilidade à consulta de enfermagem (por via telefónica ou presencial) .Criação de espaços para escutar narrativas individualmente .Demonstro interesse sobre os momentos em família e contactos com o membro paterno emigrado .Envolvimento da família nos cuidados prestados	Papel Parental adequado	.Janeiro de 2024 .Avaliação contínua de cuidados nas consultas de enfermagem de Saúde Infantil (CESI) .Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (≥ 12 valores - Depressão provável),

Plano de Cuidados de Enfermagem em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses										
Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE,2019 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
Outubro/Novembro 2023	Funcional	(10007554) Família	Comunicação não eficaz	APGAR Familiar de Smilkstein e Entrevista Familiar, em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil (Guião de entrevista)	Processo Familiar disfuncional	.Exploração e identificação dos recursos internos e externos na Família .Incentivo e optimizo estrategias de comunicação mais eficazes e frequentes .Explico importância do uso de uma comunicação clara e sincera	.Prescrição de rituais na Família .Promoção do envolvimento familiar .Otimizo a comunicação familiar	.Promovo o envolvimento da família .Promovo a comunicação expressiva das emoções com e entre os membros da família	Processo familiar não disfuncional	.Janeiro 2024 .Avaliação contínua de cuidados em contexto de CESI .Consulta de registo no programa informático - Clínico® .Reaplicação da escala de APGAR de smilkstein
			Coping familiar eficaz			.Abordo e alerta para estrategias adaptativas .Promovo estrategias adaptativas/Coping na Família .Negoceio estrategias adaptativas/Coping na Família	.Mobilização de recursos internos e externos Prescrição de rituais terapeuticos	.Incentivo expor os problemas em família, e em conjunto, tomarem as melhores decisões para todos		
			Relação dinâmica disfuncional			.Resignificação da dinamica familiar na perspetiva da mãe e do pai, de forma a trabalhar a aceitação possível da sua dinâmica familiar .Explico importância de manter um padrão de ligação entre Pai emigrado e filho, mas também mãe e pai .Aconselhamento para apoio da terapia familiar .Conhecimento dos recursos internos e externos na família	.Incentivo uma comunicação verbal calma, compreensiva e clara .Mobilização de recursos	Promovo a comunicação expressiva das emoções entre os membros da família .Demonstro disponibilidade para escuta ativa individualmente		

Plano de Cuidados de Enfermagem em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses										
Data	Dimensão	Cliente	Foco	Instrumento de avaliação	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE,2019 & MDAIF, 2012)	Intervenções de enfermagem por domínios			Resultados esperados	Avaliação
						Cognitivo	Comportamental	Afetivo		
Outubro/Novembro de 2023	Funcional	Pais (10014023)	Auto-eficácia (10024911)	Escala de avaliação Parental	Auto-eficácia Diminuída (100011438)	.Informo sobre possível referenciação para apoio Psicologo (URAP) .Avalio evolução do plano de cuidados(1003252) .Ensino cuidados ao lactente (10037118) .Ensino sobre comportamento de procura de saúde (10033119) .Ensino sobre parentalidade efetiva(10032994) .Ensino sobre técnicas de adaptação(10023717) .Envolve no processo de tomada de decisão (10026323) .Identifico percepção alterada (10035697) .Observo alteração de percepção (10013517) .Planeio cuidados (10035915) .Promovo a autoeficácia (10035962) .Promovo estabelecimento de limites (10026334) .Promovo a parentalidade efetiva (10032496)	.Coordeno conferência familiar (10031027) .Consulta profissional de saúde (10043233) .Avalio autoeficácia (10024280) .Coordeno plano de cuidados (10031027) .Providencio orientação antecipada à família (10026399) .Referencio para profissional de saúde (10032567) .Uso técnica de entrevista motivacional (10042388)	.Incentivo a expressão de sentimentos recorrendo ao uso da comunicação circular .Reforço positivo sobre o comportamento parental .Estabeleço Confiança (10026323) .Facilito capacidade para comunicar necessidades (10038196) .Facilito capacidade para comunicar sentimentos (10026616) .Promovo a comunicação familiar efetiva (10036066) .Reforço a autoeficácia (10022537) .Reforço capacidades (10026436) .Reforço comportamentos positivo (10036176) .Apoio na Gestão de ansiedade (10031711)	Autoeficácia Positiva (10025672)	.Avaliação com a aplicação da EAP na primeira entrevista em CESI .Avaliação contínua de cuidados em contexto de CESI .Consulta de registo no programa informatico - Clínico® .Reaplicação da escala de avaliação parental em janeiro 2024

APÊNDICE XX: Quadro de intervenções de enfermagem na promoção da parentalidade positiva de famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses, com base nos resultados da *Scoping Review*

Quadro 5

Intervenções de enfermagem, nos diferentes domínios, na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses,

Domínio Afetivo	• Apoiar emocionalmente e ser empático no constructo de uma relação de confiança; • Identificar possíveis transtornos emocionais, como exaustão/cansaço e depressão pós-parto; • Antecipar cuidados prevendo possíveis cenários; • Construir a autoeficácia dos pais ajudando a fomentar relacionamentos positivos no sistema familiar; • Criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o parceiro (ou escutar individualmente); • Promover o equilíbrio do sistema familiar entre a atividade laboral, responder às necessidades pessoais de cada membro do sistema familiar, manter vínculo diário com o recém-nascido e na divisão e partilha de tarefas de forma colaborativa com o parceiro; • Apoiar regularmente e demonstrar disponibilidade de acessibilidade nos primeiros 3 meses de vida do recém-nascido (telefone e/ou liberdade no agendamento de consulta de enfermagem); • Potenciar a interação dentro do sistema familiar, fomentando a tranquilidade aos pais, o apoio no cuidado aos filhos, a gestão da tarefa parental e uso de ferramentas para o crescimento mental; • Reconhecer e valorizar o desempenho do papel parental, do subsistema conjugal e de todo o sistema familiar; • Apoiar e fortalecer as famílias mobilizando os recursos; • Apoiar os pais no regresso à sua vida quotidiana;
Domínio Cognitivo	• Capacitar o sistema familiar na sua promoção de saúde tendo por base as necessidades dos membros e de todo o sistema familiar; • Registar a situação familiar atual de forma estruturada e direcionada cujo foco de avaliação é a construção de relacionamentos e aplicação de instrumentos de apreciação; • Validar observações e pensamentos com as famílias; • Ensinar sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e intervenções preventivas de saúde; • Identificar as necessidades das famílias sobre as preocupações mais urgentes do recém-nascido (amamentação, choro, padrões de sono e mudança do ritmo quotidiano do RN); • Ensinar sobre a importância do papel de pai e de cônjuge no novo sistema familiar; • Ensinar considerando as necessidades identificadas, as normas /orientações preconizadas e com um planeamento baseado na improvisação; • Criar espaços para escutar as diferentes narrativas do sistema familiar (individualmente e /ou reunião familiar / conferencia familiar; • Ajudar as famílias a transferir a utilização de um recurso de um contexto ou experiencia para outro; • Transformar uma lacuna num recurso através do reenquadramento cognitivo; • Identificar e reconhecer os recursos internos e externos do sistema familiar usando técnicas e instrumentos de avaliação familiar

Domínio Comportamental

- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;
- Incentivar e apoiar nas suas habilidades/ações;
- Intervir preventivamente na saúde como a vacinação, necessidade de feedback e confirmação pelos profissionais em relação às suas observações e pensamentos;
- Dar ajuda concreta através de ações concretas e informações/dicas praticas sobre nutrição, saúde e desenvolvimento infantil;
- Explorar soluções pessoais dentro das estruturas familiares no seu dia a dia;
- Reconhecer familiares e amigos como recursos de apoio profissional;
- Ajudar os pais a enfrentar os novos desafios;
- Providenciar material de apoio informativo (infográficos, folhetos, livros) e todos os suportes de difusão de informação (sites fidedignos) como recursos externos;
- Negociar estratégias que permitam gerir as dificuldades, com base no conhecimento da estrutura interna e externa da família, através da mobilização dos recursos;
- Promover competências de saúde parental, informando e orientando sobre os cuidados ao recém-nascido e contribuir para o equilíbrio do sistema familiar na vida quotidiana;
- Incentivar a envolvimento da figura paterna nos cuidados pós-natais;
- Apoiar os pais na sua autonomia;
- Capacitar os pais a lidar com as inseguranças e dificuldades, adotando uma abordagem direcionada e orientada a recursos;
- Incentivar e apoiar os pais a assumir novas tarefas;
- Aplicar instrumentos de apreciação familiar (genograma e ecomapa) permitindo aos pais conhecer a sua família, sua experiência e serem capazes de comunicar e visualizar as suas preocupações;
- Intervir no sistema familiar como um todo;
- Usar a visita domiciliária como *setting* ideal, apreciativo e gerador de confiança no 1ª contacto/consulta de enfermagem ao recém-nascido;
- Ajudar no planeamento da vida familiar, fomentando o cuidado no relacionamento, no dia a dia da sua vida quotidiana e no regresso à atividade laboral;
- Identificar recursos internos e externos que possam contribuir na ajuda pessoal e apoio emocional durante o decorrer da vida quotidiana;
- Mobilizar e regular recursos de forma eficaz;

APÊNDICE XXI: Ganhos em saúde na dimensão estrutural de acordo com o Modelo
Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Tabela 23

Taxa de resultado de saúde nos diagnósticos Rendimento familiar insuficiente e Animal Doméstico não negligenciado nas famílias de primogénitos

Diagnóstico de enfermagem	Rendimento familiar insuficiente	
Objetivo	Promover um rendimento familiar não insuficiente	
Avaliação Inicial (N=2 famílias)	Modificação positiva no estado do diagnóstico (N=2 famílias)	Ganhos em saúde
12,5 %	12,5%	100%

Diagnóstico de enfermagem	Animal doméstico não negligenciado	
Objetivo	Sensibilizar para a necessidade na continuidade de desparasitação e vacinação do animal domestico	
Avaliação Inicial (N= 10 famílias)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Ganhos em saúde
62,5 %	62,5%	100%

APÊNDICE XXII: Listagem dos fatores facilitadores e inibidores na promoção da parentalidade positiva das famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Quadro 6

Fatores facilitadores da parentalidade positiva identificados nas famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Fator facilitador da parentalidade positiva na família de primogénito

Determinantes de Saúde	Subsistema conjugal	- Planeamento da Gravidez - Comunicação conjugal - Compreensão e entreaajuda - Experiência em tomar conta de crianças - Rendimento familiar elevado
	Família extensa	- Ter apoio - Proximidade residencial - Ter bom relacionamento - Comunicação recorrendo ao uso de tecnologias de comunicação e informáticas
Determinante social de saúde	Recursos socioeconómicos	- Rendimento estável - Ter Amigos - Trabalhar por conta própria e/ou teletrabalho
	Recursos Educação/Literacia	- Material de apoio informativo - Cursos e formação - Uso internet / Webinar
	Recursos sociais e organizacionais	- Apoio da USF - Apoio Pediatra - Apoio de outros profissionais de saúde do SNS - Outros serviços de saúde da comunidade - Apoio pela terapia familiar

Quadro 7

Fatores inibidores da parentalidade positiva identificados nas famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses

Fator inibidor da parentalidade positiva na família de primogénito

Determinante de saúde	Subsistema conjugal	- Antecedentes pessoais de morbilidade/Estilo de vida não saudável - Experiências de vida em situações complexas - Complicação no parto - Gestão de momentos a sós - Gravidez não planeada - Baixa perceção de autoeficácia parental - Infertilidade - Separação e/ou emigração do cônjuge - Tensão no agregado familiar - Papel parental cumulativo com papel de cuidador informal
	Família extensa	- Dificuldades com família do cônjuge - Comportamentos aditivos - Não existência de apoio presencial - Inexistência de relacionamento com a família extensa - Intromissão de um dos membros do agregado da família alargada por falta de limites - Dificuldade em desempenhar o papel de avós por colocação de limites rígidos - Avós com comorbilidades - Família em situação complexa
Determinante social de saúde	Recursos socioeconómicos	- Desemprego no agregado familiar - Readaptação profissional - Dificuldade na inscrição em berçário - Emigração do cônjuge - Rendimento não estável
	Recursos ambientais	- Distanciamento residencial (outro distrito, país) entre família extensa e família com primogénito - Perspetiva de mudança de residência para outro país - Alternar residência

APÊNDICE XXIII: Ganhos em saúde na dimensão desenvolvimento de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Tabela 24

Taxa de resultado de saúde no diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida nas famílias de primogénitos

Diagnóstico de enfermagem		Satisfação conjugal não mantida	
Subconjunto diagnóstico		Relação dinâmica do casal disfuncional	
Objetivos		Promover a satisfação do casal na partilha de tarefas, da gestão do tempo que estão juntos e na forma como cada um expressa os sentimentos	
Subconjunto diagnóstico		Comunicação não eficaz	
Objetivos		Melhorar o padrão de comunicação do casal	
Avaliação Inicial (N=4 famílias)		Modificação positiva no estado do diagnóstico (N= 3 famílias)	Ganhos em saúde
25%		18,75%	93,75 %

Tabela 25

Taxa de resultado de saúde no diagnóstico Planeamento familiar não eficaz nas famílias de primogénitos

Diagnóstico de enfermagem		Planeamento Familiar não eficaz		
Subconjunto diagnóstico		. Conhecimento sobre reprodução não demonstrado		
Objetivos		. Aumentar o N de famílias com conhecimento sobre a reprodução demonstrado		
Subconjunto diagnóstico		. *Uso de contraceptivo não adequado		
Objetivos		. Aumentar o N de famílias com uso de contraceptivo adequado		
Avaliação Inicial (N=9 famílias)	*Avaliação Inicial (N= 8 Famílias)	Modificação positiva no estado do diagnóstico (N=9 famílias)	*Modificação positiva no estado do diagnóstico (N=8 famílias)	Ganhos em saúde
56,25%	50%	56,25%	50%	100 %

Tabela 26

Taxa de resultado de saúde no diagnóstico Papel Parental não adequado nas famílias de primogénitos

Diagnóstico de enfermagem		Papel Parental não adequado		
Subconjunto diagnóstico		Conhecimento do papel não demonstrado		
Objetivos		. Adquirir o conhecimento e a aprendizagem de habilidades sobre o cuidado ao coto umbilical . Adquirir o conhecimento sobre aleitamento materno e a aprendizagem de habilidades sobre a técnica de aleitamento materno . Adquirir conhecimento sobre desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes e vigilância saúde/vacinação		
Subconjunto diagnóstico		*Comportamentos de adesão não demonstrado		
Objetivos		. Promover a ingestão nutricional adequada à criança e regras entre os subsistemas		
Avaliação Inicial (N=11 famílias)	*Avaliação Inicial (N= 12 famílias)	Modificação positiva no estado do diagnóstico (N= 11 famílias)	*Modificação positiva no estado do diagnóstico (N= 12 famílias)	Ganhos em saúde
68,75%	75%	68,75% famílias	75%	100%

APÊNDICE XXIV: Ganhos em saúde na dimensão funcional de acordo com o
Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Gráfico 6

Comparação dos resultados, da Escala APGAR Familiar, entre a avaliação inicial e final, nas famílias primogénitas, integrado na área de atenção Processo Familiar

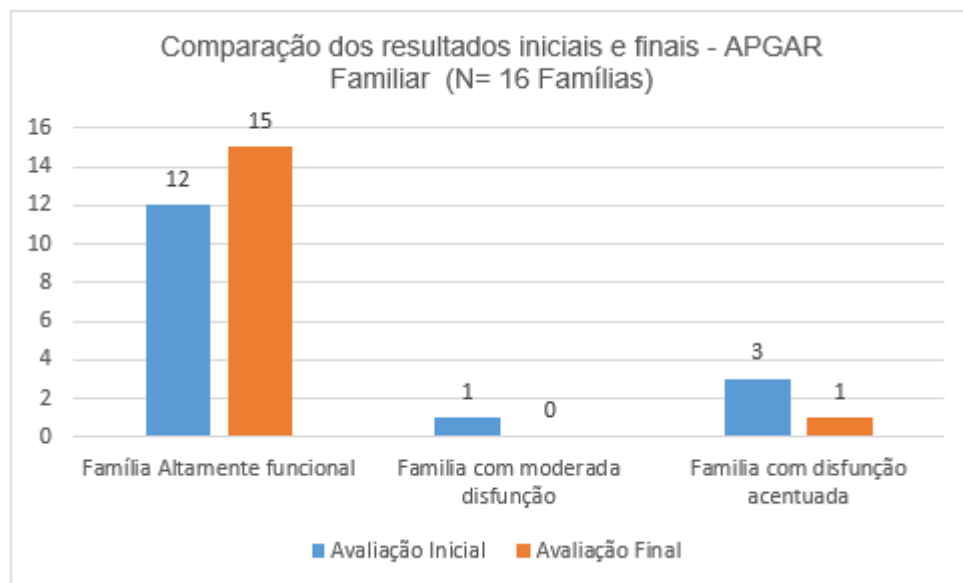


Tabela 27

Taxa de resultado de saúde no diagnóstico Processo Familiar disfuncional nas famílias de primogénitos

Diagnóstico de enfermagem	Processo Familiar Disfuncional	
Subconjunto diagnóstico	Relação dinâmica do casal disfuncional Comunicação familiar não eficaz	
Objetivos	Aumentar o N de famílias com relação dinâmica do casal não disfuncional Diminuir o N de famílias com comunicação não eficaz	
Avaliação Inicial (N=4 famílias)	Modificação positiva no estado do diagnóstico (N= 4 famílias)	Ganhos em saúde
25%	18,75%	93,75 %

APÊNDICE XXV: Ganhos em saúde na percepção de autoeficácia parental de acordo com a taxonomia Classificação Internacional da prática de enfermagem

Tabela 28

Distribuição da percepção de autoeficácia dos ascendentes das Famílias de primogénitos, alocado ao instrumento de avaliação Escala de Avaliação Parental – Avaliação Final

Escala de avaliação Parental								
Avaliação Final	Percepção autoeficácia Parental (N=30)	Média inicial	Valores (0-10)	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Percepção autoeficácia Parental (N=30)	Frequência absoluta	Frequência Relativa
	Percepção Materna (N=16 mãe)	7,57/10	≤ 7,57/10	7	43,8%	Autoeficácia diminuída	11	36,6%
			> 7,57/10	6	37,5%			
		Omisso		3	18,7%			
			Total	16	100%			
			Total adesão materna	13	81,25%			
	Percepção Paterna (N=14 pai)	7,93/10	≤ 7,93/10	4	28,6%	Autoeficácia positiva	11	36,6%
			> 7,93/10	5	35,71%			
		Omisso		5	35,7%		8	26,66%
			Total	14	100%			
			Total adesão paterna	9	64,28%		22	73,33%
			Total adesão parental	22	73,33%			
						Total	30	100%
						Total adesão parental	22	73,33%