



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO**

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

**TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE:
CUIDAR DAS FAMÍLIAS PARA A
INTEGRAÇÃO DE UM NOVO MEMBRO**

**TRANSITION TO PARENHOOD: CARING
FOR FAMILIES IN THE INTEGRATION OF A
NEW MEMBER**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Carina Alexandra Martins Coelho

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE:
CUIDAR DAS FAMÍLIAS PARA A INTEGRAÇÃO
DE UM NOVO MEMBRO - RELATÓRIO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

TRANSITION TO PARENTHOOD: CARING FOR
FAMILIES IN THE INTEGRATION OF A NEW
MEMBER – REPORT ON THE DEVELOPMENT
OF SPECIALIZED CLINICAL COMPETENCIES
IN COMMUNITY NURSING IN THE AREA OF
FAMILY HEALTH NURSING

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Mestre Ana Isabel Vilar e
coorientado pela professora Doutora Fátima
Araújo.

Porto, 2025

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a
caminhar.”*

Paulo Freire

AGRADECIMENTO

A realização deste relatório de estágio representa o culminar de um percurso desafiante e enriquecedor, que não teria sido possível sem o apoio e a inspiração de várias pessoas.

Em primeiro lugar, expresso a minha gratidão à minha orientadora, Professora Ana Vilar, pelo acompanhamento atento, ao longo deste processo, bem como à Professora Fátima Araújo pelas sugestões valiosas e pelo incentivo constante ao longo deste percurso. A vossa orientação foi essencial para que este trabalho tomasse forma e se desenvolvesse com rigor e qualidade. Agradeço a ambas por acreditarem em mim e me mostrarem opções ao longo do caminho.

À Sra. Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela orientação e disponibilidade enquanto coordenadora do curso. Por ser a inspiração para este caminho.

Às minhas colegas de trabalho e a toda a equipa da USF Avintes, pelo apoio constante e tolerância ao longo desta caminhada. A vossa amizade e compreensão foram um reforço positivo constante. O ambiente de cooperação e a troca de experiências foram fundamentais para a concretização deste projeto.

Ao meu marido, João, um agradecimento especial por todo o apoio, paciência e incentivo incondicional. Obrigada por acreditares em mim, por me compreenderes os momentos de ausência, por estares sempre ao meu lado nos dias mais difíceis e por me dares força quando mais precisei. A tua presença e o teu amor foram essenciais para que este desafio fosse superado.

À minha filha, Carolina, o meu agradecimento mais doce. Mesmo tão pequenina, ensinaste-me a importância do equilíbrio e da resiliência. Obrigada pelos sorrisos, pelos abraços apertados e por seres a luz que iluminou os meus dias mais cansativos. Este trabalho também é para ti.

Aos meus pais, pelo amor e suporte constantes, pelos valores transmitidos, pela compreensão que me deram a força necessária para seguir este percurso.

À minha irmã, ao meu cunhado e aos meus sobrinhos, pela presença constante, pelo apoio silencioso e pelas palavras de encorajamento nos momentos mais desafiantes.

À restante família, em especial aos meus cunhados e sogros, que, mesmo à distância, acompanharam este percurso com carinho, preocupação genuína e disponibilidade. O vosso cuidado, mesmo em pequenos gestos, fez me sentir acolhida e lembrada, e contribuiu para que este caminho fosse mais leve.

À Enfermeira Cooperante, pelo apoio, motivação, encorajamento, disponibilidade e troca de experiências que foram fundamentais para a concretização deste projeto.

Aos amigos que perdoaram as ausências prolongadas, que me deram sempre motivação permitindo que me focasse neste trajeto com a segurança de que o vosso apoio e amizade são incondicionais.

Às famílias envolvidas neste percurso, pela disponibilidade e generosidade em partilhar as suas experiências, permitindo que este caminho ganhasse significado e relevância.

Por fim, a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu sincero obrigada.

Resumo

Enquanto unidade sistêmica, a família caracteriza-se por relações complexas, dinâmicas e influenciadas pelo contexto, que se ajustam continuamente às transições que marcam as diferentes fases do seu ciclo vital. A transição para a parentalidade, apesar de representar uma transição normativa no ciclo vital da família, é descrita como uma das mais desafiantes, exigindo adaptações emocionais, relacionais e estruturais para a integração do novo membro.

Este relatório foi desenvolvido no âmbito das unidades curriculares de Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, teve como objetivo prestar cuidados a famílias em transição para a parentalidade para a integração de um novo membro, como unidade de cuidados, bem como aos seus membros ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, promovendo simultaneamente a liderança e a colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. Alinhado com os critérios estabelecidos no Anexo II do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, assume-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar deve ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica com a família, promovendo o seu funcionamento, capacitando-a ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

A prestação de cuidados foi norteada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, que se caracteriza pela sua matriz dinâmica, flexível e interativa. Este modelo tem como referencial epistemológico o pensamento sistêmico, sendo sustentado pelo Modelo Calgary de Avaliação da Família e pelo Modelo Calgary de Intervenção na Família. De forma complementar, recorreu-se à Teoria das Transições de Meleis, a qual permitiu compreender os processos de mudança experienciados pelos membros da família, orientando intervenções focadas na adaptação e na promoção da saúde ao longo das transições identificadas.

No âmbito do processo de Enfermagem, foram realizadas consultas a 5 famílias, possibilitando a avaliação e a intervenção tanto familiar como individual. Para além da aplicação de técnicas de comunicação terapêutica, foram integradas técnicas de intervenção específicas e transversais, como os Rituais Terapêuticos e a Conotação Positiva, contribuindo para a reformulação de significados e a valorização das forças familiares. As intervenções implementadas resultaram em ganhos em saúde para estas famílias, fortalecendo a sua capacidade de mobilizar recursos e potenciar as suas forças.

As intervenções na gestão, articulação e otimização de recursos fortaleceram a cultura organizacional baseada na formação, prática e investigação. A reflexão sobre as atividades desenvolvidas destacou a relação entre a evidência científica e o desenvolvimento de competências, cuja mobilização qualificou os cuidados à família e a saúde dos seus membros.

Palavras-chave: Transição para a Parentalidade, Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Integração de um Novo Membro

Abstract

As a systemic unit, the family is characterised by complex, dynamic, and context-influenced relationships that continuously adjust to the transitions marking the different stages of its life cycle. The transition to parenthood, although considered a normative transition within the family life cycle, is described as one of the most challenging, requiring emotional, relational, and structural adjustments to integrate the new member.

This report was developed within the scope of the curricular units of the Professional Internship with Report – Modules I and II, from the master's degree in Community Nursing with a Specialisation in Family Health Nursing. Its objective was to provide care to families in transition to parenthood and the integration of a new member, recognising the family as the unit of care, as well as to its individual members throughout the life cycle and at different levels of prevention, while also promoting leadership and collaboration in Family Health Nursing interventions. Aligned with the criteria set out in Annex II of Regulation no. 428/2018 of the Portuguese Nursing Council (Ordem dos Enfermeiros), it is assumed that the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing must be able to establish a therapeutic relationship with the family, promote its functioning, and support its empowerment throughout the life cycle and during transitions.

Care delivery was guided by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF), characterised by its dynamic, flexible, and interactive framework. This model is epistemologically grounded in systemic thinking and is supported by the Calgary Family Assessment Model and the Calgary Family Intervention Model. Complementarily, Meleis' Transitions Theory was applied, allowing a deeper understanding of the change processes experienced by family members and guiding interventions focused on adaptation and health promotion during identified transitions.

Within the scope of the Nursing process, consultations were conducted with five families, allowing for both family and individual assessment and intervention. In addition to therapeutic communication techniques, both specific and transversal intervention strategies were applied, such as Therapeutic Rituals and Positive Connotation, contributing to the reframing of meanings and the reinforcement of family strengths. The interventions implemented resulted in health gains for these families, enhancing their ability to mobilise resources and strengthen their internal capacities.

Interventions related to the management, articulation, and optimisation of resources also contributed to strengthening an organisational culture based on training, practice, and research. The reflection on the activities carried out highlighted the relationship between scientific evidence and the development of competencies, whose mobilisation enhanced the quality of care provided to the family and the health of its members.

Keywords: Transition to Parenthood, Family Health Nursing, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, Integration of a New Member

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

AC - Atendimento Complementar

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

DPP - Depressão Pós-Parto

EC - Enfermeiro Cooperante

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

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

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EM - Entrevista Motivacional

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ICPC - Internacional Classification of Primary Care - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

IDE - Índice de Desempenho de Equipa

LUEC - Lista de Utentes do Enfermeiro Cooperante

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação na Família

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

PC - Perímetro Cefálico

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PSF – Programa “Saúde da Família”

RI - Regulamento Interno

RN - Recém-nascido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TBN - Taxa Bruta de Natalidade

TGS - Teoria Geral dos Sistemas

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - Comité de Classificações da Organização Mundial de Médicos de Família

ÍNDICE

1.	13	
2.	17	
2.1.	20	
2.2.	22	
2.3.	25	
3.	28	
3.1.	28	
3.2.	34	
4.	38	
4.1.	38	
4.1.1	39	
4.1.2	45	
4.1.3	112	
4.2.	118	
5.	131	
5.1.	133	
5.2.	141	
6.	144	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		144
ANEXOS		164
ANEXO I - Gráficos representativos da amostra acidental de 60 famílias		

ANEXO II - Descrição dos cuidados à família Violeta e aos seus membros

ANEXO III - Mapeamento dos Indicadores do MDAIF

ANEXO IV - Plano de sessão da formação - Documentação no programa “Saúde da Família”

ANEXO V - Instrumento de auditoria aos da documentação dos cuidados no âmbito da ESF

ANEXO VI - Questionário de avaliação da ação de formação

ANEXO VII - Ação de formação - Documentação no programa “Saúde da Família” no SClínico-CSP→

ANEXO VIII - Plano de sessão da formação - Documentação no programa “Saúde da Família” no SClínico-CSP→

ANEXO IX - Certificado de participação na II conferência para profissionais de saúde - aleitamento materno para todos

ANEXO X - Certificado de participação no Congresso Internacional de Saúde Familiar

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Top 10 problemas de saúde da LUEC em Maio de 2024	23
Quadro 2 - Top 10 programas de saúde da consulta de enfermagem com mais contactos pela EC em 2023	24
Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T durante a gravidez	62
Quadro 4 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T no puerpério	65
Quadro 5 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B	67
Quadro 6 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Azul, por dimensões de avaliação	71
Quadro 7 - Diagnósticos de enfermagem formulados para C	80
Quadro 8 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B	82
Quadro 9 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Rosa, por dimensões de avaliação	84
Quadro 10 - Diagnósticos de enfermagem formulados para AC	94
Quadro 11 - Diagnósticos de enfermagem formulados para DR	96
Quadro 12 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Verde, por dimensões de avaliação	100
Quadro 13 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B	110
Quadro 14 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T	111
Quadro 15 - Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às cinco famílias	112
Quadro 16 - Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem	113
Quadro 17 - Ganhos em saúde como resultado da prestação de cuidados	115
Quadro 18 - Desenvolvimento de Competências ao Longo do Processo Formativo	123

Quadro 19 - Resultados obtidos com a aplicação do instrumento de auditoria da documentação dos cuidados no âmbito da ESF 125

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em outubro de 2024	21
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da LUEC em maio de 2024	22
Figura 3 - Genograma da Família Amarela com Psicofigura de Mitchel	46
Figura 4 - Ecomapa da Família Amarela	47
Figura 5 - Genograma da Família Amarela após o nascimento de B	56
Figura 6 - Genograma e Psicofigura de Mitchel da Família Azul	70
Figura 7 - Ecomapa da Família Azul	71
Figura 8 - Genograma da Família Rosa com Psicofigura de Mitchel	83
Figura 9 - Ecomapa da Família Rosa	84
Figura 10 - Genograma da Família Verde	98
Figura 11 - Ecomapa da Família Verde	99

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no contexto do Estágio de Natureza Profissional – módulo II integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) que decorreu de 16/09/2024 a 24/01/2025, resultado do desenvolvimento do projeto desenvolvido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, que decorreu de 16/04/2024 a 21/06/2024, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte do país.

Em Portugal, de acordo com o Regulamento 140/2019, o enfermeiro especialista possui competências comuns que incluem a avaliação e diagnóstico abrangente do estado de saúde dos utentes, o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados especializados, a gestão e coordenação de cuidados em contextos complexos, e a supervisão e orientação de outros profissionais. Além disso, participa na educação e formação contínua de profissionais de saúde, conduz e aplica investigação para melhorar a prática de enfermagem, presta consultoria especializada, desenvolve programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, e mantém uma comunicação eficaz com utentes, famílias e a equipa de saúde. Compromete-se com o desenvolvimento profissional contínuo, mantendo-se atualizado com os avanços científicos e tecnológicos na respetiva área da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Na definição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) a família assume-se como unidade de cuidados, cabendo ao enfermeiro especialista promover a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (OE, 2018).

A temática deste projeto relaciona-se com os cuidados inerentes às famílias em transição para a parentalidade, mais especificamente para a integração de um novo membro. A transição para a parentalidade origina alterações muito significativas nos papéis desempenhados pelos elementos da família e inicia-se

uma nova fase no ciclo vital. Durante a transição para a parentalidade, a estrutura familiar é reorganizada, com definição de papéis parentais e filiais, e é definida uma nova delimitação de fronteiras em relação ao mundo exterior (Tralhão et al., 2020). O nascimento do bebê representa a continuação, e não o início, da transição para a parentalidade, já que muitas emoções e experiências vividas no período pré-natal se prolongam após o parto. Este processo desafia a família a desenvolver novas respostas às exigências da transição (Young et al., 2021). Ao assumir o papel parental, o casal preocupa-se em prestar cuidados de qualidade e está recetivo à aquisição de novas técnicas e competências após obter conhecimento (Alves et al., 2019). Muitas decisões relacionadas com a parentalidade são tomadas durante a gravidez, sendo fundamental um diálogo eficaz, que depende do equilíbrio na satisfação conjugal (Araújo et al., 2024a). Estas são tarefas prioritárias para o casal e essenciais para o fortalecimento do vínculo conjugal ao longo da experiência de parentalidade (Relvas, 2004; Bogdan et al., 2022). Assim, as transições familiares implicam processos complexos e multifacetados, desencadeados por acontecimentos significativos que funcionam como marcos de mudança, exigindo reajustes ao nível das competências, das dinâmicas relacionais e dos papéis assumidos na família (Araújo et al., 2024).

Esta temática surge após a caracterização da unidade onde se desenvolveu a prática clínica e dos resultados obtidos numa amostra acidental de 60 famílias da Lista de Utentes do Enfermeiro Cooperante (LUEC) do Estágio de Natureza Profissional Módulo I, que revelou a pertinência da avaliação e intervenção em famílias em adaptação à gravidez e transição para a parentalidade. Desta análise verificou-se que 15% das famílias estão na fase de adaptação à gravidez, muitas dessas grávidas com data provável de parto para o segundo semestre de 2024, coincidindo assim a integração do novo membro na família durante o Módulo II de estágio profissional. Estas famílias têm uma presença destacada na USF, especialmente na procura por cuidados de saúde materna e saúde infantil, como foi evidenciado pelo elevado número de consultas de enfermagem associadas a esses programas. Foram ainda considerados os indicadores contratualizados pela USF para 2024, nomeadamente o indicador 295, que requer cinco consultas

de enfermagem durante a gravidez e uma de revisão de puerpério (SPMS, 2017a), e o indicador 302, que prevê seis consultas de enfermagem no primeiro ano de vida e cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (SPMS, 2017b).

Para prestar cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados será utilizado como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo (2012). No que concerne à atividade diagnóstica dos indivíduos que constituem essas famílias são utilizados pressupostos da Teoria das transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010).

No decurso do Estágio de Natureza Profissional - Módulo II, esteve prevista a concretização de dois objetivos gerais: desenvolver competências para cuidar da família enquanto unidade de cuidados, bem como dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção; e promover competências que favoreçam a liderança e a colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

O presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever as atividades desenvolvidas, integrando uma reflexão crítica sobre o seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito da Especialidade de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), fundamentada nos referenciais teóricos da Enfermagem.

Para garantir a validade e relevância da intervenção, a informação utilizada foi recolhida através da prática clínica direta, dos registos clínicos da USF, da observação sistemática e da pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (CINAHL, SciELO, PubMed), com seleção de fontes atualizadas e validadas.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro apresenta a caracterização do contexto clínico onde decorreu a prática. O segundo descreve o enquadramento teórico que fundamenta a intervenção. O terceiro expõe as atividades desenvolvidas e os processos de acompanhamento das

famílias. O quarto capítulo analisa o impacto dessas atividades no desenvolvimento de competências. Por fim, a conclusão sintetiza o percurso formativo, destacando os principais contributos da prática clínica para o desenvolvimento profissional no âmbito da ECESF.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro ponto de contacto dos indivíduos e famílias com o sistema de saúde e têm como objetivo garantir o mais alto nível de saúde e bem-estar de forma equitativa, nos diferentes níveis de prevenção, estando próximos da população. Em Portugal, os CSP têm uma história com mais de cinquenta anos, iniciada na década de 70 com a criação dos primeiros centros de saúde e aprofundada pela reforma de 2005, que conduziu ao desenvolvimento das USF (Silva, 2023). A mais recente reforma dos CSP é regulamentada em 2023 pelo Decreto-Lei (DL) n.º 102/2023 de 7 de novembro que decreta a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo criadas treze ULS, que se somaram às oito já existentes. O novo diploma, que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024, determina a reestruturação das entidades públicas empresariais do SNS, através da extinção de ACeS (Agrupamento de Centros de Saúde) e centros hospitalares, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em ULS (Gonçalves et al., 2024). O modelo das ULS foi implementado para substituir as Administrações Regionais de Saúde (ARS), centralizando a gestão e a administração dos hospitais e centros de saúde de uma determinada região. As ULS integram, numa única entidade, os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados, que incluem a resposta da RNCCI e das ECSCP, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados coordenada, integrada e contínua, adequada às necessidades da população (Direção Geral da Saúde, 2022).

Os CSP em Portugal têm obtido bons resultados reconhecidos a nível internacional, apesar das dificuldades e necessidade de melhorias contínuas (M. A. Silva, 2023). Estes, estão organizados em várias unidades, incluindo as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Com a Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro, as USF Modelo A foram extintas, dando lugar a um novo enquadramento organizacional das Unidades de Saúde Familiar. Atualmente existem Unidades de Saúde

Familiar (USF) Modelo B, que se caracterizam por uma maior autonomia e pela existência de um regime de incentivos financeiros associado ao desempenho. Neste modelo, as equipas estabelecem contratos com objetivos assistenciais e de qualidade, sendo recompensadas financeiramente mediante o cumprimento desses objetivos. Estão previstas USF Modelo C, um modelo experimental e supletivo, onde a gestão pode ser entregue a entidades externas para colmatar carências no SNS. As UCSP têm menor autonomia, enquanto as UCC se concentram em cuidados integrados na comunidade para populações com necessidades mais específicas (Gonçalves, 2023).

Outro desenvolvimento importante é a criação dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), que são estruturas dentro das instituições do SNS com autonomia técnica, funcional e financeira (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). Os CRI são projetados para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, promovendo a integração de cuidados e incentivando a responsabilidade direta das equipas de saúde na gestão dos recursos e dos resultados clínicos. Esta abordagem visa otimizar os serviços de saúde e responder de forma mais eficaz às necessidades dos utentes (Ministério da Saúde, 2024).

A USF onde se realizaram os módulos I e II do estágio de natureza profissional trata-se de uma USF de modelo B. Tal como descrito no regulamento interno da USF e baseada no artigo 4 do DL nº 298/2007, a USF definiu como missão, ir ao encontro das expectativas dos utentes inscritos, tanto na perspetiva humana como técnica, garantindo cuidados de saúde personalizados que assegurem acessibilidade, abrangência, continuidade e qualidade na assistência prestada.

A área de influência da USF inclui as três freguesias do concelho onde se insere. Os profissionais da USF estão organizados por equipas de saúde familiar, sendo que cada equipa é formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. Quando os utentes são inscritos na USF é-lhes atribuída uma equipa de saúde privilegiando-se a estrutura familiar, de acordo com o definido no artigo 9º do DL 73/2017. Nos casos dos utentes inscritos na USF não residentes nesta área, a atividade domiciliária será delegada na unidade de saúde mais próxima

da residência do utente, mediante acordo de cooperação, conforme estabelecido no DL nº 28/2008. Da mesma forma, a USF cooperará com outras unidades de saúde cujos inscritos residam de forma temporária na área supracitada. Existem utentes inscritos nesta USF que atualmente não residem na sua área de abrangência, mas por razões que se prendem com a ligação previamente desenvolvida com equipa de saúde familiar, mantiveram aqui a sua inscrição desde que a sua morada de residência pertença ao concelho onde se insere a USF.

De acordo com os Censos de 2021, o concelho onde está inserida a USF, tem cerca de 172 577 habitantes distribuídos por cerca de 70 000 famílias; cerca de 34% dessas famílias têm apenas dois elementos e aumentou o número de famílias unipessoais de 8% em 2011 para 9,8% em 2021. Dos habitantes previamente referidos, 64,6% encontram-se em idade ativa, e em 2022 ocorreram cerca de 1257 nascimentos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021). Os determinantes da saúde da população são influenciados por fatores socioeconómicos, ambientais, comportamentais bem como o acesso aos serviços de saúde (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021). Outros fatores como habitação, educação e emprego têm também impacto direto no estado de saúde, refletindo-se na incidência de doenças crónicas e expectativa de vida da população (Capela & Biscaia, 2023; Gato et al., 2024). De acordo com o plano municipal de saúde do concelho houve um aumento da esperança média de vida, os dados mais recentes que existem acerca do concelho revelam que no triénio 2014-2016 a mesma era de 81,1 anos de vida à nascença e embora não disponhamos de dados mais recentes específicos para o concelho, é relevante notar que, a nível nacional, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81,17 anos de acordo com os dados do INE; também de acordo com o INE a taxa de natalidade acompanhou a tendência nacional e desceu, estima-se que 2015 a taxa de natalidade do município tenha sido de 8,3 nascimentos por cada mil habitantes e em 2022 desceu para 7,2 nascimentos por mil habitantes (Gabinete de Estratégia e Estudos, 2023). Na última década, o concelho registou progressos significativos no nível da educação da sua população, a par da região norte do país, a população do

concelho com formação superior passou de 18% em 2011 para 24,7% em 2021, sendo que 59% destes indivíduos são do sexo feminino e a taxa de analfabetismo reduziu de 5,02% em 2011 para 3,2% em 2021 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021). Existiram também mudanças condições de habitação da população com aumento de habitações com água canalizada, instalações sanitárias e esgoto, sendo que em que todas estas variáveis os resultados rondam os 100% já em 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

2.1. Caracterização dos utentes da USF

De acordo com os dados obtidos na plataforma BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários), em outubro de 2024, a USF apresentava 13858 utentes inscritos distribuídos por 6350 famílias, correspondentes a 19040 unidades ponderadas (UP) (Serviço Nacional de Saúde, 2024). De acordo com a mesma fonte, em outubro de 2024 existiam cerca de 2829 mulheres em idade fértil e 78 crianças no 1º ano de vida; 19,2% da população inscrita são jovens e 46,5% são idosos. Em 2024, o índice de dependência total dos utentes inscritos na USF era de 65,9%, valor significativamente superior ao registado no concelho, que era de 57,4%. Relativamente à dependência jovem, a USF apresentava um índice de 18,6%, ligeiramente inferior ao do concelho, de 19,4%. Já na dependência de idosos, a USF tinha uma taxa claramente superior, com 47%, face aos 38% verificados no concelho (INE, 2024b; BI-CSP, 2025).

Dados do INE revelam que nos últimos cinco anos, a taxa de natalidade no concelho diminuiu, refletindo a tendência nacional de envelhecimento na base da pirâmide. Em 2023, o concelho registou 1277 nados-vivos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024), um valor inferior ao de 2018 que foi de 1461 nados-vivos de mães residentes no concelho. Esta queda tem impacto direto, provocando um envelhecimento gradual da população. Com menos nascimentos e uma população mais idosa, há uma pressão crescente sobre os serviços de saúde e sociais, além de desafios no financiamento de pensões e sistemas de apoio ao idoso. As famílias são também afetadas com um aumento de responsabilidades no cuidado de parentes mais velhos (INE, 2024a). Esse

cenário também pode reduzir a força de trabalho local, afetando o desenvolvimento económico e a sustentabilidade a longo prazo (Conselho das Finanças Públicas, 2023). A Figura 1 apresenta a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, que também reflete um envelhecimento demográfico através de um estreitamento da base (provocada pelos baixos índices de natalidade) e um alargamento do topo (justificada pela maior esperança de vida alcançada).

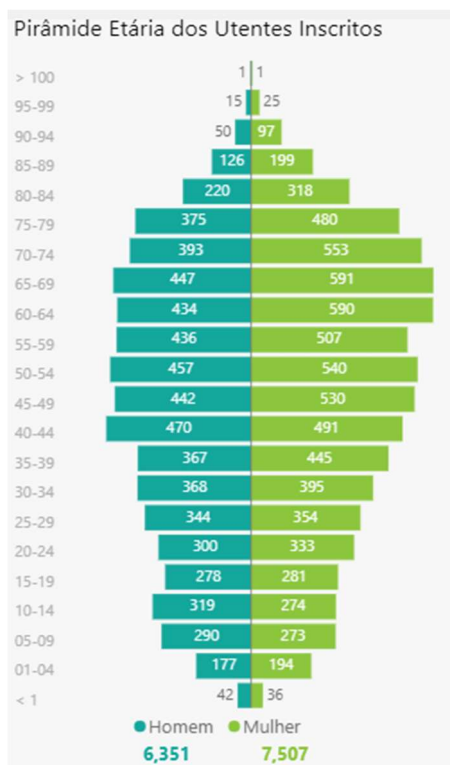


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em outubro de 2024

Na Figura 1 está também representada a distribuição por género e idade dos utentes inscritos na USF, a sua análise permite verificar que existem mais mulheres inscritas e que a faixa etária masculina mais prevalente é a dos 40-44 anos e nas mulheres a faixa etária mais prevalente é a dos 65-69 anos. A pirâmide apresenta base mais estreita, representativa da natalidade decrescente e o topo alargado que demonstra que existe muita população idosa, mesmo acima dos 75 anos. Esta pirâmide acompanha a tendência nacional e mundial de envelhecimento da população, que se deve à diminuição das taxas de natalidade e ao aumento da esperança de vida. Segundo as Nações Unidas, o número de

peças com 65 anos ou mais deverá mais que dobrar, atingindo 1,6 mil milhões até 2050 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024).

Em Portugal, como em muitos outros países, as famílias têm menos filhos devido a fatores como o custo de vida, a mudança nas prioridades profissionais e o adiamento da maternidade. Ao mesmo tempo, os avanços na saúde aumentam a longevidade, resultando numa população mais idosa. Esta realidade coloca pressões nos sistemas de saúde, segurança social e na capacidade de suporte intergeracional (Santos et al., 2022).

2.2. Caracterização da lista de utentes do enfermeiro cooperante (LUEC)

De acordo com os dados disponíveis no BICSP, em maio de 2024, a LUEC era constituída por 1737 utentes, que estavam distribuídos por 751 famílias. Destes utentes, 907 eram mulheres e 830 eram homens. A Figura 2 representa a pirâmide etária da LUEC, que à semelhança da Figura 1 também apresenta um maior número de mulheres e o alargamento da pirâmide encontra-se mais distribuído no centro e topo e estreitamento na base.

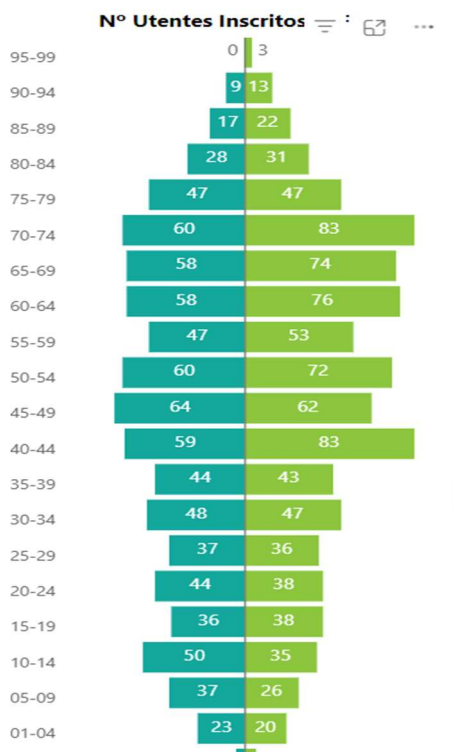


Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da LUEC em maio de 2024

De acordo com os dados do SClínico-CSP®, em maio de 2024 estavam inscritos na LUEC 10 crianças com menos um ano, o que indica uma taxa bruta de natalidade (TBN) de 5,75% um pouco inferior ao valor descrito para Portugal em 2022 em que a TBN era de 8% e de 7,2% no concelho onde se insere a USF (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024). À mesma data, de acordo com o SClínico-CSP®, na LUEC existem também 9 utentes grávidas com data prevista de parto para 2024.

De forma a identificar os dez problemas de saúde mais prevalentes na LUEC, foi realizada uma consulta aos dados existentes na plataforma MIMUF. Os problemas de saúde dos utentes estão codificados de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Saúde Primários (ICPC) que foi desenvolvida pelo comité de classificações da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) como uma classificação própria para utilização nos cuidados de saúde primários (Coelho et al., 2023). A identificação destes problemas de saúde mais prevalentes permite ao Enfermeiro de Família uma melhor gestão de consultas e planear e promover intervenções no âmbito destes problemas de saúde. O Quadro 1 apresenta os dez problemas de saúde mais prevalentes da LUEC:

Quadro 1 - Top 10 problemas de saúde da LUEC em Maio de 2024

ICPC	Métrica	Número de utentes	Top
T83	Excesso de peso	580	1
T93	Alterações do metabolismo dos lípidos	508	2
K86	Hipertensão sem complicações	380	3
T82	Obesidade	285	4
W11	Contraceção oral	257	5
P17	Abuso do tabaco	252	6
P76	Perturbações depressivas	226	7
L86	Síndrome vertebral com irradiação de dor	198	8
L92	Síndrome do ombro doloroso	179	9
P06	Perturbação do sono	176	10

Os dados do quadro 1 evidenciam a predominância de problemas metabólicos e fatores de risco cardiovascular, como excesso de peso, alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão e obesidade, refletindo a necessidade de estratégias preventivas. Além disso, destaca a procura por planeamento familiar e a incidência do abuso do tabaco e de perturbações depressivas. Problemas músculo-esqueléticos e perturbações do sono também surgem como queixas frequentes, sublinhando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar nos cuidados de saúde primários. Os dez programas de saúde com maior número de contactos de enfermagem pela enfermeira cooperante (EC) no ano de 2023 estão igualmente descritos no Quadro dois, abaixo representada, e identificam os principais motivos das consultas de enfermagem no ano transato:

Quadro 2 - Top 10 programas de saúde da consulta de enfermagem com mais contactos pela EC em 2023

	Programa de Saúde - Enfermagem	Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde
1	Grupo de Risco: Hipertensão	20
2	Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	19
3	Saúde Idoso	18
4	Grupo de Risco: Diabetes	15
5	Saúde do Adulto	13
6	Saúde Infantil	12
7	Intervenções Breves em fumadores	5
8	Saúde Materna	3
9	Tratamento Feridas / Úlceras	2
10	COVID-19 (Temporário)	2

De acordo com dados publicados no plano de saúde 2021-2030 da DGS as doenças mais codificadas nos CSP em Portugal em 2023 incluem hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, DPOC, depressão e

transtornos de ansiedade, osteoartrite, asma, infecções do trato respiratório superior, e carcinoma colorretal. Estas doenças têm um impacto significativo na mortalidade, sendo responsáveis por um grande número de mortes diretas ou indiretas. Por exemplo, a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* estão fortemente associados a doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte (WHO, 2021). A DPOC e o carcinoma colorretal também contribuem substancialmente para a mortalidade (Sung et al., 2021; WHO, 2024). Os CSP desempenham um papel crucial na gestão dessas doenças através da promoção da saúde, detecção precoce, tratamento contínuo e monitorização das condições crónicas, o que pode reduzir complicações e melhorar os resultados de saúde. Intervenções preventivas e programas de rastreio realizados nos CSP, como o rastreio do carcinoma colorretal, têm mostrado reduzir significativamente as taxas de mortalidade associadas a essas doenças (Direção Geral da Saúde, 2022).

2.3. Caracterização das 60 famílias

No presente subcapítulo é descrita a caracterização da amostra de 60 famílias da lista da LUEC. A recolha de dados foi realizada com o objetivo de fundamentar a escolha do tema do projeto. Para tal, foram obtidos dados através de contactos oportunistas com utentes/famílias que tiveram consulta com a equipa de saúde familiar. Durante este período, procurou-se caracterizar um conjunto de 60 famílias, tendo sido contactados, para esse efeito, 81 indivíduos. A informação recolhida incidiu sobre as seguintes variáveis: idade, número de elementos do agregado familiar, sexo, hábitos tabágicos, tipologia familiar, profissão, nível de instrução, origem do rendimento, classe social, subsistema familiar, etapa do ciclo vital da família, presença de patologia crónica, nível de dependência no autocuidado e existência de gravidez. Para organizar a recolha de dados, foi criado um documento em Excel®, no qual os dados foram registados após cada consulta. No final do processo, os dados foram analisados e representados sob a forma de gráficos (Anexo I), facilitando a interpretação das características das famílias envolvidas. Assim obtiveram-se os seguintes dados:

O número de indivíduos do sexo feminino é prevalente em relação aos do sexo masculino com 64,2% de representatividade, à semelhança dos utentes inscritos na USF onde 54,4% são mulheres e 45,86% são homens de acordo com os dados do BI-CSP. Relativamente à idade média dos membros deste grupo de famílias situa-se nos 47,16 anos, variando entre os 0 e os 92 anos – número ligeiramente abaixo dos utentes inscritos na USF que se encontra em 47,34 de acordo com os dados do MIMUF e acima da média nacional em 2023 que situava nos 46,8 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021). No que diz respeito à composição dos agregados familiares, o número médio de elementos que constituem as famílias é de 2,67 elementos, sendo 1 o número mínimo e 5 o número máximo de elementos no agregado, 3 membros é o número mais comum no agregado com 33,3% de representatividade, idêntico ao número médio de elementos nos agregados das famílias inscritas na USF (3,01) sendo que ambos os números são ligeiramente superiores ao da média nacional que situa nos 2,5 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

O tipo de família mais comum é a Nuclear com filhos na etapa do ciclo vital familiar – A Família com filhos adultos tem a maior representatividade (44,4%), seguida de Famílias com filhos pequenos (31,5%). Os outros tipos de família mais representados são o casal com 12,3% da representatividade e as famílias alargadas e unipessoais, ambas com 11,1% de representatividade. O estado civil mais pelos indivíduos contactados referido pelos indivíduos contactados é casado com 45,7% seguido do estado civil solteiro com 33,3%. Tal como esperado, a nacionalidade dos indivíduos que integram as 60 famílias é maioritariamente portuguesa (95,1%), havendo cerca de 4,9% de indivíduos de nacionalidade brasileira. De acordo com a informação do INE (2022) este valor é superior à média nacional observada em 2021, a qual se situava nos 2%.

No que respeita à avaliação da classe social das famílias avaliadas e classificadas segundo a escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001) a mais frequente é da classe média baixa (Grau IV) identificada em 32,5% das famílias inquiridas seguindo-se da classe média alta (Grau II) com 29,9% e a classe média (Grau III) estava representada por 24,7% das famílias.

Em relação à variável “dependência em atividades de vida diária” 7,6% relataram a existência de um elemento com dependência em atividades de vida diária no seu agregado familiar.

Nos 81 indivíduos contactados, identificaram-se 9 mulheres grávidas (11,5%), representando que 15% das 60 famílias têm uma grávida e encontram-se, portanto, em processo de adaptação à gravidez e transição para a parentalidade. Existem também 8 das 60 famílias contactadas (13,3%) que têm crianças com menos de 1 ano de idade (Anexo I).

Tendo em conta estes dados, a escolha da temática “Transição para a Parentalidade: cuidar das famílias para integração de um novo membro” revela-se pertinente, uma vez que uma parte expressiva das famílias contactadas se encontra a vivenciar esta transição do ciclo vital familiar.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende, em primeiro lugar abordar a evolução da ESF no seu domínio teórico aliada à perspetiva sistémica e de seguida explorar a evidência científica disponível sobre o papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) na prestação de cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade e na integração de um novo membro.

3.1. A evolução da enfermagem de saúde familiar

Ao longo da história da enfermagem, os cuidados às famílias sempre estiveram presentes, embora nem sempre tenham recebido a devida consideração. A enfermagem tem as suas raízes no ambiente domiciliário, onde as pessoas que necessitavam de cuidados se encontravam, tornando as famílias participantes essenciais desse processo de cuidado (Wright & Leahey, 2012). A enfermagem como profissão surge assim indissociável dos cuidados à família (Figueiredo, 2023). Durante a II Guerra Mundial e com a transição dos cuidados de enfermagem para o hospital a família passa a ser excluída da participação nos cuidados, bem como, muitas vezes, excluída de eventos significativos como a morte e o nascimento (Wright & Leahey, 2012).

O SNS de Portugal foi criado em 15 de setembro de 1979 (Assembleia da República, 1979), após a Revolução dos Cravos em 1974, com o objetivo de garantir o acesso universal e gratuito à saúde para todos os cidadãos, promovendo uma abordagem integrada e preventiva nos cuidados de saúde. Essa criação foi um marco importante na evolução do sistema de saúde em Portugal e teve um impacto significativo na prática de enfermagem e na forma como os cuidados de saúde eram prestados, incluindo a ESF (Fronteira et al., 2020). A evolução tecnológica, as novas políticas de saúde, a tendência na redução das famílias e o aumento na sua dificuldade em prestar cuidados aos seus membros em contexto domiciliário contribuíram para que os cuidados de saúde se centralizassem cada vez mais no contexto hospitalar (Berlim, 2023).

Em Portugal, os cuidados de saúde dirigidos às famílias foram profundamente influenciados pela reforma dos CSP, iniciada em 2005. Esta reforma foi

impulsionada pela criação de uma estrutura de missão dedicada, formalizada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, tendo como coordenador o Dr. Luís Augusto Coelho Pisco. No seguimento desta reforma, destaca-se a criação das USF, estabelecidas pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, estas unidades são definidas como estruturas organizacionais elementares na prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais, dotadas de autonomia organizativa, funcional e técnica, e articuladas em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. (Ministério da Saúde, 2006). Os enfermeiros de família integram equipas multidisciplinares responsáveis pela prestação de cuidados globais às famílias, acompanhando os seus processos de vida nos diversos contextos da comunidade. Assumem um papel central na promoção da saúde e do bem-estar de todos os membros da família, ao longo de todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo ainda equidade no acesso aos cuidados de saúde. (Ministério da Saúde, 2014). De forma a dar continuidade ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESF de 2015 (OE, 2015), e considerando a necessidade crescente de cuidados de Enfermagem especializados em áreas emergentes e de competências diferenciadas, a OE, em 2018, emitiu o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho que cria e regula a EECESF. Este documento reafirma que os EECESF devem ser o eixo estruturante e funcional, assegurando o acesso e a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP. Além disso, em 2017, com base no DL n.º 73, de 21 de junho, foi formalizado que os enfermeiros das USF devem possuir o título de EEESF (Ministério da Saúde, 2017).

Diversos autores e instituições abordam o conceito de família, tanto na enfermagem como em outras disciplinas. Embora existam várias definições, a essência dessa ideia permanece a mesma. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), o conceito de família está vinculado ao bem-estar, estando diretamente relacionado à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Nesse sentido, desde o início da existência humana, a família tem se estruturado em torno dessas duas metas. Com base nas crenças e significados que os

indivíduos adquirem através do processo de socialização, a família desempenha um papel essencial de cuidado e suporte aos seus membros (World Health Organization, 2002). Wright e Leahey (2012) descrevem a família como um sistema interdependente, onde as ações e interações entre seus membros afetam o funcionamento do todo, refletindo uma perspectiva sistêmica que enfatiza a importância dos vínculos emocionais e sociais, para além dos biológicos. Roland (1994) amplia a compreensão das dinâmicas familiares ao incorporar o impacto das doenças crônicas e deficiências, argumentando que a forma como a família lida com esses desafios influencia diretamente a sua capacidade de adaptação ou de enfrentamento de crises. Mais tarde, McGoldrick et al. (2008) destacam a relevância dos padrões transgeracionais, sugerindo que as dinâmicas familiares tendem a repetir-se ao longo do tempo, moldando comportamentos e expectativas que influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Em conjunto, estas perspectivas reconhecem a família como uma unidade complexa, onde as relações emocionais, o histórico geracional e os desafios de saúde desempenham papéis interconectados e determinantes na vida de cada membro. Assim, reconhece-se que a família atua como um recurso importante para a própria saúde. Com base nesse pressuposto e na definição de saúde, a família passa a ser fundamental para a oferta de cuidados de saúde holísticos (Shivalli et al., 2015). Dessa forma, de acordo com Figueiredo (2012), surge um interesse teórico e clínico em relação à família como foco de intervenções. A autora descreve a família, como uma unidade sistêmica que ocupa uma posição única no apoio à saúde de seus membros, possuindo uma capacidade própria de auto-organização. A sua compreensão exige a consideração tanto da história quanto do contexto familiar, expandindo o olhar do indivíduo para o coletivo familiar. O que permite captar a sua "complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade" (Figueiredo, 2012, pg.2)

Essa perspectiva sistêmica remete-nos inevitavelmente à Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida por Bertalanffy em 2006. Este biólogo austríaco propõe que os sistemas existem em diversos níveis e áreas do conhecimento, exigindo uma abordagem holística que considere as interações entre os elementos e o todo. Ele descreve a capacidade dos sistemas em manter um

equilíbrio dinâmico diante das mudanças. Wiener (1948), por meio da Cibernética, explorou a organização e regulação dos sistemas e sua relação com o ambiente. Ambas as abordagens destacam a importância das interações nos sistemas complexos, como a família, com a TGS a oferecer uma visão integradora e a Cibernética a auxiliar na compreensão do funcionamento familiar.

Ochoa de Alda (2011), professora de Terapia Familiar na Faculdade de Salamanca, descreve a família como um sistema guiado por princípios que orientam a prática de forma integrada. A totalidade, que requer que o enfermeiro entenda não só as ações dos membros, mas também as relações entre eles; a causalidade circular, onde a resposta de um membro impacta outro, estimulando uma nova resposta; a equifinalidade, que permite ao sistema atingir o mesmo estado final a partir de condições iniciais diferentes; e a equicausalidade, onde condições iniciais semelhantes podem levar a resultados distintos. Em relação à limitação, uma sequência contínua de interações reduz a possibilidade de respostas diferentes, podendo manter sintomas. As regras de relação regem a interação e comunicação entre os membros; a ordenação hierárquica organiza elementos com maior poder e responsabilidade, enquanto a teleologia assegura a adaptação ao ciclo vital, garantindo continuidade e desenvolvimento (Zordan et al., 2012).

Para a evolução dos cuidados de ESF é fundamental que os enfermeiros se apropriem destes conceitos e incorporem uma visão sistémica da família. O enfermeiro de família em Portugal atua numa equipa multidisciplinar, oferecendo cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital da família. Ele também promove o fortalecimento dos laços familiares, considerando a experiência da família sobre si mesma, o impacto da doença em cada membro e na família como um todo, e assegurando cuidados que visam tanto a pessoa quanto a família. As intervenções são direcionadas para estratégias que auxiliem a família em situações de saúde e doença (Kokorelias et al., 2019). Henriques e Santos (2019) defendem que, para intervirem e ajudarem as famílias a superarem seus desafios, os enfermeiros precisam dispor de ferramentas que lhes permitam compreender tanto as dinâmicas internas quanto as influências externas que

afetam essas famílias. A ESF constitui um campo específico dentro da disciplina de enfermagem, com um conjunto próprio de conhecimentos. Esse campo tem evoluído teoricamente através do desenvolvimento de modelos e teorias direcionados para a avaliação e intervenção junto das famílias. Na investigação, observa-se uma mudança de paradigma que valoriza a família como foco de estudo, enfatizando-a como unidade central de cuidado (Figueiredo, 2012).

Wright e Leahey (2012) desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que se baseia na avaliação familiar proposta por Tomm e Sanders (1983). Este modelo categoriza a avaliação familiar em três dimensões principais: estrutural, desenvolvimental e funcional, as quais se subdividem em várias subcategorias. Complementando o MCAF, o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) estabelece três fatores essenciais para o planejamento das intervenções: o nível de funcionamento da família, a competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2012). O MCIF abrange intervenções específicas de Enfermagem fundamentadas nos conceitos de circularidade e no uso de questões circulares, que possibilitam uma análise detalhada das relações e interações entre os membros da família (Figueiredo, 2009). Além disso, Wright e Leahey (2012) sugerem intervenções específicas em três domínios: no domínio cognitivo, recomendam o reconhecimento das forças da família e de seus membros, assim como a promoção da literacia, visando melhorar a capacidade de resolução de problemas. Para o domínio afetivo, propõem a validação das respostas emocionais, o incentivo para que os membros compartilhem suas perspectivas sobre a doença e a promoção do apoio familiar, ajudando a transformar emoções e desbloquear a capacidade de resolução de problemas (Figueiredo, 2012; Rolland & Walsh, 2006). No domínio comportamental, sugerem encorajar os membros da família a cuidarem dos que estão incapacitados, a valorizarem o descanso e a planejarem rituais, introduzindo novas práticas que possam alterar os padrões de interação. Essa abordagem holística visa fortalecer a dinâmica familiar e a capacidade de enfrentamento em situações de saúde (Friedman et al., 2003; Kaakinen et al., 2015)

Figueiredo em 2012 propôs o MDAIF como uma abordagem teórica inovadora na enfermagem, que se fundamenta no MCAF e no MCIF. Este modelo integra o Pensamento Sistémico como uma referência epistemológica, resultando da intersecção entre a TGS de Bertalanffy (1968), a Cibernética de Wiener (1948) e a Teoria da Comunicação Humana de Watzlawick et al. (1967). A combinação dessas teorias oferece uma compreensão abrangente dos sistemas complexos e das interações entre suas partes, essenciais para a prática de enfermagem de saúde familiar.

A co-construção do MDAIF foi impulsionada pela necessidade de responder às exigências sentidas pelos enfermeiros nos cuidados a famílias, destacando a importância de uniformizar as diretrizes no contexto da ESF. O modelo apresenta uma matriz operativa que serve como guia para a prática, sistematizando os cuidados de forma coerente. Esta matriz é caracterizada por uma configuração dinâmica, flexível e interativa, com o objetivo de promover mudanças através de três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. No que se refere às áreas de atenção, os critérios diagnósticos do modelo orientam tanto a identificação de diagnósticos quanto a formulação de intervenções, permitindo a avaliação dos resultados em relação aos objetivos e necessidades reconhecidas. Este enfoque visa capacitar os membros da família para lidar com as transições que ocorrem ao longo de seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Os principais componentes dos modelos teóricos que sustentam uma abordagem centrada na família incluem a colaboração entre os profissionais de saúde e os familiares, a valorização dos contextos familiares, a definição de políticas e procedimentos adequados, bem como a formação e capacitação, tanto dos utentes e suas famílias como dos próprios profissionais de saúde (Kokorelias et al., 2019). A evolução dos cuidados da ESF apesar de ter ainda um longo caminho a percorrer já alcançou grandes mudanças e traduziu uma maior funcionalidade e sustentabilidade familiar alcançando-se ganhos em saúde.

3.2. Famílias em Transição para a Parentalidade

A parentalidade, frequentemente vista como uma das transições mais significativas e marcantes na vida dos indivíduos, promove grandes mudanças em todos os membros da família e marca o início de uma nova fase do ciclo vital, passando da função conjugal para a função parental (Relvas, 2004). Esta transição envolve a adaptação a um novo papel e a integração de um novo membro na família; é complexa e multifacetada, exigindo mudanças significativas nos papéis familiares (Ngai & Lam, 2021). A transição para a parentalidade começa na gravidez, quando os futuros pais iniciam adaptações emocionais, físicas, sociais e psicológicas necessárias para acolher o novo membro da família. Durante a gravidez, as mudanças no corpo da mulher, as novas dinâmicas familiares e as expectativas dos pais estabelecem as bases para a parentalidade. Este período é fundamental, pois a saúde mental e o bem-estar dos pais influenciam a sua capacidade de se adaptarem às novas responsabilidades parentais (Stoodley et al., 2023). Importa salientar que esta transição não termina com o nascimento do bebé, sendo antes um processo contínuo que pode estender-se durante o primeiro ano de vida da criança ou mais, à medida que os pais consolidam os seus papéis e desenvolvem sentimentos de competência parental (Cowan & Cowan, 2000; Mercer, 2004). A duração e complexidade deste processo variam consoante fatores individuais, relacionais e contextuais (Ribeiro et al., 2021).

A Teoria das Transições de Meleis (2010) oferece um enquadramento relevante para compreender como os indivíduos e as famílias vivenciam este processo, valorizando a adaptação saudável às mudanças e os fatores que podem potenciar vulnerabilidades. Esta abordagem permite ao enfermeiro reconhecer momentos críticos e intervir de forma eficaz na promoção da saúde familiar durante a transição para a parentalidade.

O nascimento de um bebé impacta os subsistemas familiares: o parental redefine-se com novos papéis de cuidado e responsabilidade entre os pais, a filial foca as interações no bebé e o fraternal ajusta as dinâmicas entre irmãos,

se estes existirem (Landry et al., 2023; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019).

De acordo com a definição de 1994 da OMS, família é um grupo de pessoas que vivem juntas e compartilham laços afetivos, responsabilidades e recursos. Essa definição ampla reconhece a diversidade de formas familiares e não se limita apenas a laços biológicos ou legais, incluindo tanto parentes consanguíneos quanto não consanguíneos. Também para a OE (2011), a família é entendida como um conjunto de pessoas que formam uma unidade social, unidas por laços de sangue, relações afetivas significativas ou vínculos estabelecidos legalmente. Mas a família não tem de existir num conceito único e globalizado, pode sim, assumir uma diversidade de formas, conceitos e significados (Nascimento et al., 2021). E, independentemente das suas características, o fundamental, é que todas as famílias necessitam de relações baseadas no cuidado, afeto e respeito. Enfrentam desafios ao longo do ciclo de vida, desde eventos normativos como o nascimento de um filho até situações inesperadas como desemprego ou mudanças na vida familiar, são as forças familiares que contribuem para uma maior resiliência e capacidade de adaptação em situações de transição (Rocha, 2024).

À medida que a família se adapta à nova realidade da parentalidade, emergem necessidades de reorganização interna que vão além da simples redefinição de papéis. Esta fase envolve a construção de novos equilíbrios entre o sistema conjugal, agora também parental, e as redes de suporte externas, como as famílias de origem e a comunidade envolvente (McGoldrick et al., 2011; Relvas, 2004).

Neste contexto, torna-se fundamental considerar o papel do EEESF na capacitação das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou patologias durante a transição para a parentalidade (Friedman et al., 2003; Tralhão et al., 2020). O apoio à parentalidade por parte de profissionais de saúde, família e amigos é também essencial para ajudar os novos pais a lidarem com os desafios inerentes. Podem ser recursos valiosos os programas e grupos de apoio à parentalidade, bem como o apoio contínuo do

EEESF desde o período pré-natal até ao pós-parto de forma a aumentar a confiança e competência dos pais.

Os cuidados durante o período perinatal, incluindo a gestão da saúde mental, estão frequentemente sob a responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde primários. A depressão pós-parto (DPP) é uma condição prevalente, afetando até 15% das mulheres, com repercussões significativas não só para a mãe, mas também para a dinâmica familiar (Kroska & Stowe, 2020). No plano individual, a depressão pós-parto (DPP) compromete o bem-estar emocional e físico da puérpera, podendo afetar a autoestima, a capacidade de vinculação com o bebé e o desempenho de atividades básicas do cuidado (Dennis et al., 2024). No subsistema parental, a DPP interfere na adaptação ao novo papel, diminui os sentimentos de competência e pode aumentar a tensão no casal devido à sobrecarga percebida pelo outro membro (Kroska & Stowe, 2020). No subsistema filial, compromete as interações iniciais com o recém-nascido, influenciando negativamente o vínculo e o desenvolvimento emocional da criança (Stoodley et al., 2023). Quando existem outros filhos, o subsistema fraternal pode ser igualmente afetado, com alterações na atenção parental e nas rotinas familiares (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019). A nível sistémico, a DPP aumenta o *stress* global da família, fragilizando a coesão, a comunicação e a capacidade de adaptação (Cowan & Cowan, 2000; Mercer, 2004). A identificação precoce das mulheres em risco pode ocorrer ainda durante a gestação, com base no histórico psiquiátrico, na presença de sintomas depressivos ao longo da gravidez e na exposição a fatores de *stress* psicossociais recentes, permitindo intervenções preventivas que beneficiam tanto a mãe quanto a família (Wells, 2023).

A intervenção de enfermagem na área da saúde familiar, especialmente junto das famílias em transição para a parentalidade, pode ser fundamentada por diversos modelos teóricos que fornecem bases sólidas para a prática clínica. O MCAF e o MCAIF desenvolvidos por Wright e Leahey em 2012 já abordados anteriormente, são amplamente utilizados na prática de enfermagem familiar (Wright & Leahey, 2012) e ambos incluem estratégias e técnicas para apoiar a família (Figueiredo & Martins, 2010). Na transição para a parentalidade, este

modelo ajuda a identificar as dinâmicas familiares, as redes de suporte e os recursos necessários para enfrentar novos desafios. Na Teoria do Desenvolvimento Familiar de Evelyn Duvall (1988), o autor descreve fases de desenvolvimento pelas quais as famílias passam ao longo do ciclo vital; a transição para a parentalidade é uma dessas fases, e a teoria oferece uma estrutura valiosa para a compreensão dos desafios específicos que as famílias enfrentam durante essa transição e para fornecerem apoio e intervenções direcionadas às necessidades de cada família, promovendo assim uma adaptação saudável e uma transição bem-sucedida para a parentalidade (Hoffmann et al., 2005).

Considerando que os EEESF frequentemente desempenham o papel de primeiros prestadores de cuidados às famílias em transição para a parentalidade, é fundamental que possuam competências para identificar o tipo de transição familiar e aplicar estratégias de apoio adequadas nos momentos mais oportunos (OE, 2018). Assim, os membros das famílias poderão desenvolver capacidades para enfrentar seus próprios eventos de vida. Dessa forma, torna-se essencial realizar uma avaliação abrangente e uma recolha de dados rigorosa, promovendo um entendimento aprofundado dos sistemas familiares e possibilitando intervenções que fortaleçam a família e promovam a saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Este capítulo apresenta as atividades realizadas ao longo da componente clínica, focadas na aquisição de competências diretamente relacionadas com a prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e cada um dos seus membros, bem como na liderança e colaboração nos processos de intervenção no contexto da ESF. Estas atividades visaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF, conforme estipulado, respetivamente, nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018 da OE.

Dessa forma, considerando estas competências, o EEECESF deve ser capaz de cuidar da família como uma unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e abordando-a, ao longo do ciclo de vida e das transições individuais e familiares. As transições familiares, de acordo com McCubbin, são mudanças significativas que desafiam a dinâmica familiar e exigem reorganização e resiliência. Usando o modelo Double ABCX, o autor destaca como o *stress*, os recursos disponíveis e as perceções influenciam a capacidade da família de se adaptar a novas realidades (McCubbin & Figley, 1983). Além disso, o enfermeiro deve assegurar a qualidade da prestação de cuidados, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários para responder eficazmente às necessidades da família (OE, 2018).

4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

A seleção das famílias para a prestação de cuidados teve em consideração aquelas com uma mulher grávida, presentes na lista da LUEC durante o estágio de natureza profissional com relatório – módulo I. O critério de inclusão estabelecido para esta seleção foi a data provável de parto estar definida no espaço temporal entre 08/2024 e 11/2024. No total, foram selecionadas 5 famílias. No início do estágio de natureza profissional com relatório – módulo II, todas as famílias incluídas tinham uma mulher grávida ou uma puérpera e um recém-nascido, e as consultas foram realizadas tanto na USF como no domicílio, envolvendo os membros da família disponíveis. A documentação dos cuidados foi realizada no processo familiar e no processo individual de cada membro da

família no Sistema de Informação vigente nos CSP na região norte, o SClínico-CSP®, cuja taxonomia parametrizada é baseada na CIPE® versão Beta.

4.1.1 Recursos utilizados na Prestação de Cuidados

No decurso da prestação de cuidados, e tendo em conta a singularidade de cada família enquanto unidade, assim como as particularidades dos seus membros, recorreram-se a ferramentas que permitiram facilitar tanto o processo de recolha de informação como a implementação de intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde no contexto familiar. Além dos instrumentos de avaliação familiar integrados na matriz operativa do MDAIF, como o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II) e o Apgar Familiar de Smilkstein, foi também aplicada a Entrevista Familiar Sistémica (EFS). Esta abordagem, baseada na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria da Comunicação, assenta em três princípios fundamentais: a neutralidade, que implica a ausência de juízos por parte do profissional em relação aos membros da família e aos seus comportamentos, bem como a evitação de alianças; a hipotetização, que consiste na formulação de suposições sem lhes atribuir valor de verdade ou falsidade, com o objetivo de serem confirmadas ou refutadas; e a circularidade, associada ao uso de questões circulares que permitem obter respostas para enriquecer ou ajustar a hipótese inicial, dando a cada membro da família a oportunidade de partilhar a sua perceção sobre as relações familiares. Esta abordagem é sustentada pelos princípios de totalidade, causalidade circular, reciprocidade, multicausalidade e pela premissa de que, ao comunicar, os indivíduos expressam a sua visão do mundo (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012). Enquanto ferramenta de cuidados, a EFS inicia-se no acolhimento dos membros da família, altura em que é fundamental criar um ambiente terapêutico e estabelecer uma relação positiva. Após esta fase, procede-se à identificação das necessidades, exploradas através de uma avaliação detalhada, permitindo ao enfermeiro compreender a relação entre as interações familiares e possíveis sintomas, analisar estratégias previamente utilizadas e, por fim, estabelecer objetivos. Com os dados recolhidos, e sempre que necessário, o enfermeiro

avança para a intervenção, que será implementada de acordo com o problema identificado em conjunto com a família. Por fim, a consulta é encerrada com a avaliação dos resultados obtidos (Figueiredo, 2012).

O Genograma é uma ferramenta gráfica que representa a árvore familiar de, pelo menos, três gerações da família, permitindo compreender a dinâmica familiar através da organização visual dos dados dos elementos da família (Carter & McGoldrick, 1995). Esta fornece informações sobre a composição da família, os relacionamentos entre os seus membros e os padrões hereditários e/ou comportamentais que podem influenciar a vida individual e familiar (Figueiredo, 2012). Além disso, pode ser utilizado para analisar e refletir com os membros da família sobre problemas familiares específicos, facilitando a definição das intervenções mais adequadas (Muniz & Eisenstein, 2009). A psicofigura de Mitchell representa as relações intrafamiliares tal como são percebidas pelos próprios membros da família (Figueiredo, 2023), trata-se de um instrumento gráfico utilizado na avaliação familiar que complementa o Genograma ao representar as interações emocionais e os padrões de relacionamento entre os membros da família (Simões, 2019). Enquanto o Genograma fornece uma visão estrutural da família ao longo de várias gerações, a psicofigura de Mitchell foca-se nas relações afetivas e na qualidade dessas interações no momento atual. O ecomapa, por sua vez, representa graficamente as conexões entre a família ou algum dos seus membros e a comunidade (Kaakinen et al., 2015). Essa ferramenta permite explorar as interações com o meio externo e a rede social de apoio. A análise do ecomapa possibilita identificar a existência, ausência e a força dos vínculos com os sistemas mais amplos. Quando há poucas conexões, torna-se evidente a necessidade de maior intervenção dos profissionais de saúde para promover o bem-estar familiar (Figueiredo, 2012). Assim como o Ecomapa permite analisar as conexões da família com o meio externo e identificar possíveis lacunas em recursos comunitários, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) complementa essa abordagem ao oferecer uma avaliação detalhada do estatuto socioeconómico da família. Este instrumento possibilita a classificação da família em diferentes classes sociais, com base em critérios como profissão, instrução, origem do rendimento familiar,

tipo de habitação e localização da residência (Sousa et al., 2010). Na aplicação da Escala de Graffar Adaptada, utiliza-se sempre o membro da família com a situação mais favorável em cada critério avaliado (Amaro, 2001). A classificação da família da família, de acordo com esta escala permite inferir se o contexto socioeconómico atua como uma barreira ou um facilitador no acesso a recursos e na manutenção do bem-estar (Diliana et al., 2021). Além disso, fornece informações relevantes para critérios diagnósticos que auxiliam na compreensão de dimensões avaliativas da dimensão estrutural do MDAIF. Por último, dentro dos instrumentos do MDAIF utilizados, a Escala de Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein é um questionário com pontuação associada que avalia a perceção que o indivíduo tem da sua família (OE, 2018). Esta escala classifica a família em três categorias: altamente funcional, com moderada disfunção ou com disfunção associada. Através desta ferramenta, o avaliador pode compreender a satisfação dos membros da família em relação ao cumprimento de parâmetros fundamentais da função familiar, definidos pelo acrónimo APGAR: Adaptação, Participação, Crescimento (Growth), Afeição e Resolução (Sousa et al., 2010).

As técnicas transversais utilizadas na avaliação e intervenção familiar no decorrer da prestação de cuidados permitiram avaliar as dinâmicas familiares, considerando as suas próprias narrativas. Estas técnicas permitiram não só desenvolver atividades de diagnóstico, mas também concretizar as intervenções.

Palazzoli et al. (1980) incorporam diferentes tipos de questões no contexto das intervenções propostas, promovendo mudanças concretas no funcionamento familiar. As questões lineares ajudam a definir o problema; as questões estratégicas promovem a confrontação, orientando a família para novos padrões; as questões circulares focam-se nos efeitos comportamentais e nas diferenças; e as questões reflexivas fomentam mudanças ao facilitar a co-construção de novas perspetivas. Existem também as questões de *coping*, que visam afastar os indivíduos das emoções negativas associadas a um evento, aproximando-os dos recursos e estratégias utilizadas para lidar com a situação. Importa destacar que as questões circulares não funcionam isoladamente e devem articular-se com as outras questões mencionadas. De outra forma podemos dizer que, as

questões lineares favorecem a definição do problema, as estratégicas confrontam com a realidade e orientam o sistema familiar, enquanto as reflexivas incentivam a reflexão, facilitando a co-construção de novas visões. As questões de escalas foram utilizadas como uma ferramenta para medir a intensidade de um sintoma ou situação, ajudando os membros da família a identificar mudanças ocorridas ao longo do tempo e a estimular a resolução do problema (Jong & Berg, 2013).

As técnicas de intervenção específicas na EFS são estratégias adaptadas às necessidades de cada família, com o objetivo de fortalecer os vínculos, melhorar a comunicação e oferecer suporte em momentos de crise ou mudança (Wright & Leahey, 2012). A comunicação é uma condição essencial para a vida e ordem social, sendo que palavras e silêncios carregam valor de mensagem, influenciando os indivíduos e exigindo respostas (Watzlawick et al., 1967). No contexto das interações familiares, White e Epston (1993) atribuem um papel central ao pensamento analógico e à linguagem figurativa, elementos que tornam a metáfora um recurso valioso na análise e na prática terapêutica. A metáfora é uma abordagem terapêutica de longa tradição pois é amplamente descrita por Minuchin & Fishman (1990) nas suas abordagens terapêuticas com as famílias (Figueiredo, 2023). Esta envolve a criação ou a adaptação de histórias, analogias ou imagens que ressoem com a experiência dos membros da família, ajudando-os a compreender situações complexas de forma indireta e menos ameaçadora. Bernal e Heano (2005) destacam que a metáfora, pela sua clareza e facilidade de aplicação, e por oferecer amplas possibilidades terapêuticas, permitem abordar questões sensíveis de forma indireta e acolhedora. Usada em linguagem oral analógica, simbólica e figurativa, por meio de palavras, memórias, histórias ou poemas, a metáfora possibilita expressar experiências que muitas vezes são difíceis de verbalizar literalmente. Assim, torna-se uma ferramenta essencial para criar um ambiente fluido e assertivo, promovendo interações significativas entre os membros da família e o profissional (Rucińska & Fondelli, 2022).

Segundo Watzlawick et al. (1974), o reenquadramento é uma forma de mudar o contexto conceitual ou emocional de uma situação, redefinindo o seu significado.

Para estes autores, o reenquadramento visa alterar a interpretação de um comportamento ou situação, passando de uma visão limitada ou negativa para uma mais ampla e flexível. Esse processo envolve a reconstrução do significado atribuído a um problema, de modo que a situação possa ser encarada de forma mais construtiva. Por outro lado, a conotação positiva é uma técnica que tem como objetivo guiar e motivar os membros da família a atribuir um novo significado ao sintoma, reforçando a coesão familiar. Esta abordagem redireciona a atenção para uma perspectiva mais construtiva do sintoma, permitindo alterar o sentido atribuído a esse evento (Napier & Whitaker, 2017). Quando utilizada pelo enfermeiro, esta técnica possibilita a criação de um ambiente de apoio e incentivo, contribuindo para o aumento da autoestima, para o fortalecimento das interações familiares e para a promoção de um equilíbrio emocional mais positivo. Por outro lado, a conotação positiva é uma técnica que tem como objetivo guiar e motivar os membros da família a atribuir um novo significado ao sintoma, reforçando a coesão familiar. Esta abordagem redireciona a atenção para uma perspectiva mais construtiva do sintoma, permitindo alterar o sentido atribuído a esse evento (Napier & Whitaker, 2017). Quando utilizada pelo enfermeiro, esta técnica possibilita a criação de um ambiente de apoio e incentivo, contribuindo para o aumento da autoestima, para o fortalecimento das interações familiares e para a promoção de um equilíbrio emocional mais positivo. A conotação positiva foca-se em atribuir significados construtivos aos comportamentos familiares, incluindo os considerados problemáticos, sendo amplamente utilizada na intervenção familiar. O seu objetivo é transformar a forma como os membros da família interpretam e atribuem significado a eventos, comportamentos e interações. Ao destacar os aspetos positivos e construtivos, esta técnica promove uma reinterpretação dos problemas, reforça a coesão familiar e incentiva a criação de um ambiente mais motivador e colaborativo (Williams & Auburn, 2016).

Os rituais familiares são fundamentais para fortalecer os laços e promover o bem-estar emocional dentro das famílias. Na enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro identifica rituais existentes, promove novos rituais familiares que fortalecem a coesão, oferece suporte em crises e transições, melhorando a

comunicação e a resolução de conflitos, o que contribui para melhores resultados de saúde e bem-estar dos membros da família (Ramos, 2018). A técnica de externalização, pertencente à abordagem narrativa, separa a pessoa do problema, ajudando-a a perceber que as dificuldades enfrentadas não definem a sua identidade. Através de perguntas estratégicas, o indivíduo é incentivado a nomear e descrever o problema como algo externo, o que facilita a análise do impacto que ele tem na sua vida e permite desenvolver novas narrativas e estratégias para lidar com a situação. Esta técnica promove maior clareza emocional e um maior protagonismo pessoal, sendo amplamente utilizada em contextos terapêuticos para fomentar a comunicação e a resolução de conflitos (Ribas et al., 2024).

Para avaliação individual foi também utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), desenvolvida por Cox et al. (1987), investigadores da Universidade de Edimburgo, com o objetivo de identificar precocemente sintomas sugestivos de depressão pós-parto nas mulheres. esta deve ser aplicada de forma acolhedora e respeitosa, garantindo confidencialidade e criando um ambiente seguro para a partilha de sentimentos. Idealmente, deve ser utilizada entre a 6.^a e a 12.^a semana após o parto, podendo também ser aplicada durante a gravidez. Considerada um instrumento com desempenho excelente deve ser utilizada preferencialmente em relação a outras ferramentas para identificar a depressão em mulheres no período perinatal em contextos de cuidados de saúde primários (Park & Kim, 2022). Composta por 10 itens, a escala avalia sintomas como sentimento de culpa, distúrbios do sono, baixa energia, anedonia e ideação suicida (Levis et al., 2020). Cada item recebe uma pontuação de 0 a 3, resultando numa pontuação total entre 0 e 30, sendo que valores iguais ou superiores a 12 indicam a probabilidade de depressão, embora não necessariamente sua gravidade (Oliveira et al., 2022). O seu objetivo é identificar precocemente sinais de depressão ou ansiedade, permitindo a implementação de intervenções adequadas para promover o bem-estar emocional da mulher e fortalecer a sua adaptação à parentalidade (Smith-Nielsen et al., 2021).

4.1.2 Descrição da prestação de cuidados às famílias e aos seus membros

A descrição da prestação de cuidados às famílias visa detalhar os cuidados planejados, implementados e avaliados para cada família, de acordo com as suas necessidades e alavancando as suas forças. Para garantir o anonimato, as famílias são identificadas por uma cor, e os dados pessoais que possam permitir a sua identificação são omitidos ou modificados ao longo da descrição dos cuidados, em conformidade com a Lei de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019, 2019). O número de contactos realizados com as famílias no contexto de consulta foi determinado pela disponibilidade dos seus membros e pela necessidade de intervenção e avaliação dos resultados obtidos. No âmbito da avaliação e intervenção individual, o foco foi direcionado para a grávida/puérpera e para o RN/bebé, atendendo à especificidade da sua condição clínica e ao meu interesse na área. Durante a abordagem, foram priorizadas as necessidades identificadas, garantindo uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa e ajustada às áreas que requeriam maior vigilância e suporte.

Apenas quatro das cinco famílias que receberam cuidados de enfermagem foram incluídas no desenvolvimento deste relatório, devido à limitação de páginas. Procurei seleccionar diferentes tipos de famílias, garantindo uma representação justa e diversificada. Como mais de metade das famílias avaliadas eram nucleares, optei por incluir colocar uma delas em anexo (Anexo VI). Dada a diversidade das famílias acompanhadas e a singularidade do trabalho desenvolvido com cada uma delas, teria sido ideal integrar todas no corpo do relatório, uma vez que a experiência se revelou extremamente enriquecedora.

Família Amarela

Foram desenvolvidas cinco consultas com a Família Amarela, com uma duração média de 60 minutos cada. Três dessas consultas decorreram na USF com a grávida, a T, e uma no domicílio após o nascimento do bebé com a puérpera e o recém-nascido, o B e ainda uma última consulta na USF, com T e B, cerca de

um mês após o nascimento de B. No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, de forma específica e relevante, foram efetuadas questões lineares ao membro da família presente na consulta. O Genograma, ilustrado na Figura 3, juntamente com a Psicofigura de Mitchell, representa a influência das relações familiares na construção da identidade e na dinâmica psicológica do indivíduo, permitindo uma análise integrada das interações familiares e do seu impacto no desenvolvimento pessoal (McGoldrick et al., 2008). O Genograma desta família evidencia o vínculo forte que T tem com a sua família extensa, apesar da sua mãe e uma das suas irmãs se encontrarem, de momento, a viver noutra país.

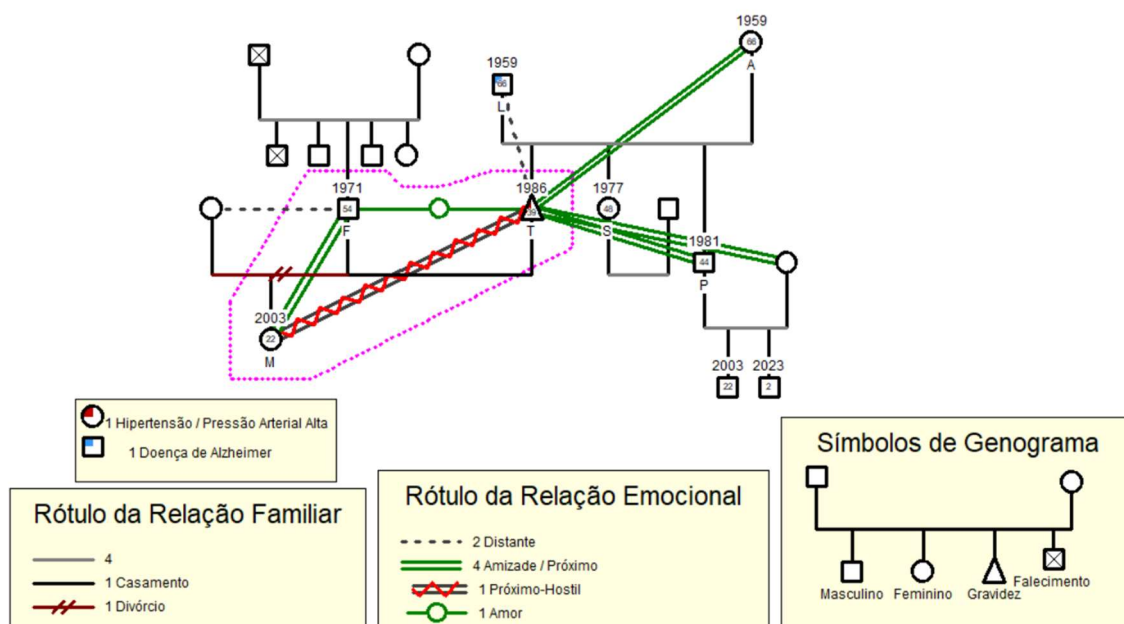


Figura 3 - Genograma da Família Amarela com Psicofigura de Mitchel

A Família Amarela é uma família reconstruída que detém simultaneamente o subsistema conjugal e o subsistema parental presentes. O casal é constituído por T e F de 36 e 53 anos respetivamente, vive com o casal, a filha de F, a M, de 21 anos, estudante de gestão e fruto de uma relação anterior. O casal vive junto há 14 anos, tendo oficializado o casamento há cerca de seis meses. M conheceu T quando tinha sete anos e, de acordo com T, sempre mantiveram uma boa relação. Na época em que se conheceram, M vivia com a mãe, mas,

por volta dos 14 anos, devido a incompatibilidades na convivência, decidiu ir morar com F e T. A relação entre eles era harmoniosa, porém, desde que T anunciou a gravidez, M tem-se afastado progressivamente. Após vários anos e tratamentos de fertilização, T engravidou do primeiro filho do casal e o nascimento do bebê aconteceu durante o período de prestação de cuidados à família, tal como previsto inicialmente.

Com a família extensa, T. revela que tem um contacto regular e muito próximo, telefonicamente com A, S e P, e refere que, em particular A, serve como apoio emocional, guia cognitivo e conselheira. O Ecomapa representado na Figura 4 oferece uma visão clara e estruturada das redes de apoio da família e os vínculos com os sistemas mais amplos. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, o membro da família refere ter um vínculo forte com os amigos e o trabalho, e mantêm um vínculo intermédio, quer com a instituição de saúde USF, quer com a igreja e com a família extensa.

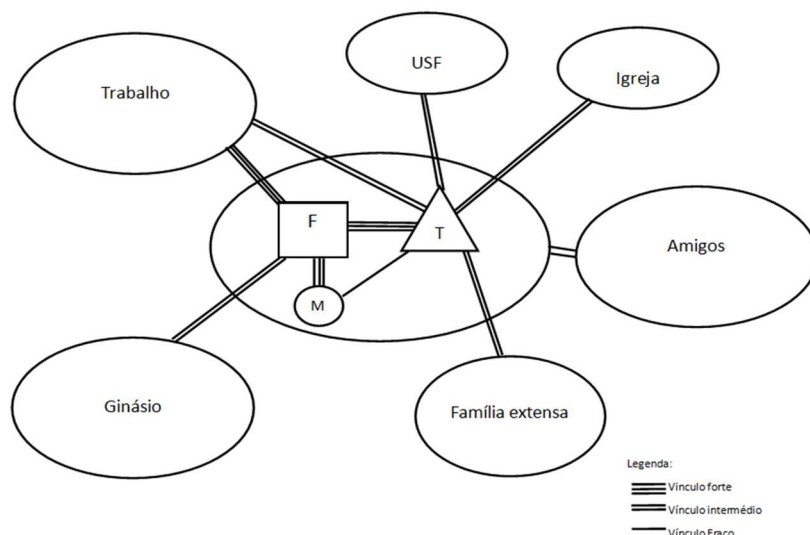


Figura 4 - Ecomapa da Família Amarela

Através da aplicação da Escala de Graffar Adaptada, a família obteve uma classificação total de 10 pontos, correspondendo ao Grau II – classe média alta. No que diz respeito à profissão, foi classificada no grau três, uma vez que ambos

os elementos desempenham funções diferenciadas. Relativamente à instrução, foi atribuída a classificação de grau um, pois um dos membros da família possui formação académica superior. Quanto à origem do rendimento familiar, obteve-se também o grau um, uma vez que parte significativa do rendimento provém dos lucros obtidos com propriedades e empresas. Por fim, no que concerne ao tipo de habitação e local de residência, a família enquadrou-se no grau três, residindo atualmente num apartamento em bom estado, localizado numa zona residencial intermédia, estando já em processo de mudança para uma moradia própria, cuja construção se encontra em fase final.

As áreas de atenção avaliadas na Família Amarela por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estão representadas no Quadro 1:

Quadro 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Amarela, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do Rendimento Familiar
	Edifício Residencial	Tipo de Habitação
		Higiene da habitação
	Precaução de Segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
Animal doméstico	Existência de animal doméstico e conhecimento sobre vacinação e serviços da comunidade	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Adaptação à Gravidez	Conhecimento
		Comunicação
		Comportamentos de Adesão
		Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do Papel
		Comportamentos do Papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	<i>Coping</i>
		Interação de papéis
		Relação Dinâmica

No âmbito da Dimensão Estrutural, a casa onde vivem atualmente não dispõe de aquecimento central nem gás canalizado. O abastecimento de água é garantido pela rede pública. A família tem um gato como animal doméstico que se encontra vacinado e desparasitado, a T é imune à toxoplasmose.

Com base nos dados apresentados, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, os quais se constituem recursos para a Família Amarela.

Na Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de Satisfação Conjugal, Adaptação à Gravidez e Papel Parental. Apesar de apenas um membro da Família Amarela ter estado presente na consulta, foi aplicada a abordagem sistémica na prestação de cuidados de enfermagem, considerando que a intervenção num indivíduo se repercute no funcionamento e bem-estar de toda a família.

Pretendia-se a participação de todos os membros da família de modo a obter uma compreensão mais abrangente da dinâmica familiar, dos relacionamentos e dos problemas enfrentados. Assim, o fato de apenas um dos elementos da família Amarela ter estado presente nas consultas constituiu uma limitação na avaliação familiar, uma vez que por exemplo, o diagnóstico da Satisfação Conjugal reflete apenas a perspetiva de um dos membros do casal. No entanto, a avaliação e a intervenção continuam a revestir-se de relevância, uma vez que, ao fundamentar os cuidados de enfermagem à família no paradigma sistémico, se reconhece que a intervenção num dos seus membros tem impacto em todo o sistema familiar. Assim, poderá ser necessário, ou até mais exequível, intervir apenas com um elemento, quando os restantes membros não se encontram disponíveis (Wright & Leahey, 2012).

No âmbito da Satisfação Conjugal, foi explorada a relação dinâmica, a comunicação e a interação sexual. No que se refere à relação dinâmica, T revela não estar satisfeita com a partilha de tarefas domésticas: “Eu tento dividir, mas acabo por ser eu que faço uma boa parte das coisas.” “o F nunca está em casa por causa do trabalho, normalmente só ao Domingo é que ele faz as refeições

conosco”. À questão reflexiva: “Sente que a divisão de tarefas é justa?” T responde de forma negativa, para perceber a dimensão da resposta negativa de T foi colocada uma questão de escala: “De 0 a 10 sendo 0 nada satisfeita e 10 totalmente satisfeita, quão satisfeita se sente com a divisão de tarefas?”, ao T me respondeu com um 5. De forma a compreender a perspetiva de T em relação à satisfação de F foi realizada uma questão de escala: “Na sua perspetiva, de 0 a 10 sendo 0 nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito, quão satisfeito acha que se sente o F com a divisão de tarefas?” à qual T respondeu 6, o que revela que na perspetiva de T a insatisfação com a divisão das tarefas domésticas é transversal no casal. Também em relação à avaliação da satisfação do casal com o tempo que estão juntos foram realizadas questões lineares e reflexivas: “Desde que está grávida, sente que o tempo que passa com F é suficiente?”, “Considera que o tempo que passam juntos é de qualidade?” “Sente que o tempo que passam juntos é suficiente para se sentir reconfortada?”, as respostas de T a estas questões demonstram que não se sente satisfeita com o tempo que passa com F e espera uma mudança após o nascimento do bebé: “Como lhe disse, o F trabalha muitas horas. Quando eu trabalhava eu também estava fora de casa muitas horas e nós só tínhamos basicamente o Domingo” “Agora que eu estou de baixa sinto mais a ausência dele... o trabalho dele é muito importante para ele e tenho muita dificuldade em fazê-lo perceber que não pode dar só atenção ao trabalho” “Ele veio comigo a uma aula de preparação para a parentalidade, mas estava a ser muito longa e teve de ir embora e acabou por não vir mais...” “Eu gostava de passar mais tempo com ele...” “Já lhe disse que quando o B nascer vamos ter de ajustar os nossos horários”, esta avaliação revelou **Relação Dinâmica Disfuncional**. Na avaliação da satisfação quanto à expressão de sentimentos no casal, recorreu-se a questões de escala e reflexivas, através das quais T revelou sentir-se satisfeita nessa área. Para explorar a comunicação no casal, procurou-se compreender se partilham as suas expectativas e receios, especialmente nesta fase especial da vida. Nesse contexto, foram colocadas as seguintes perguntas: “Nesta fase tão especial da vossa vida de casal, têm reservado tempo para conversar a dois?” e “Partilham as vossas expectativas e receios em relação ao futuro?”. As respostas de T

revelaram que, embora converse com F, sente que não partilham verdadeiramente as suas expectativas e receios em relação ao futuro. Como descreveu: “Já falamos um pouco sobre isso. Para mim, é a primeira vez que vou ser mãe, por isso acho que tenho expectativas e receios diferentes do F, que já tem uma filha. O F acha que, por eu ser profissional da área, sei tudo e não vou ter dificuldades”. Com base nessa resposta, seguiu-se um questionamento reflexivo para aprofundar o tema: “E é isso que sente?”; “Já lhe confidenciou esses sentimentos?”; “Sente-se compreendida pelo F quando expressa as suas expectativas e receios?” a estas questões T revela que não se sente muito confiante, pois apesar de ser profissional da área nunca foi mãe e que já tentou falar com F acerca disso mas que sempre que tenta abordar o assunto, a resposta de F é: “ Não te preocupes que quando chegar a altura eu vou estar lá”. Validando com T a interpretação destes dados, concluímos que na perspetiva de T o casal não conversa sobre as suas expectativas, sobre os seus receios e que estão não satisfeitos em relação ao seu padrão de comunicação, revelando assim **Comunicação Não Eficaz**.

Do ponto de vista da Interação Sexual, foram utilizadas questões lineares no sentido de obter uma resposta concreta face ao mesmo, as respostas de T demonstram que o casal tem uma **Interação Sexual Adequada**. Não foram expressos nenhuns dados por parte de T que demonstrassem a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Assim, e considerando os dados apresentados, e na perspetiva de T, a **Satisfação Conjugal é Não Mantida relacionado com Relação Dinâmica Disfuncional e Comunicação Não Eficaz, manifestada por não satisfação do casal com a divisão das tarefas domésticas e por o casal não conversa sobre expectativas e receios de cada um**.

Considerando a satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, foi co construída a seguinte intervenção: planeamento de Rituais Terapêuticos. Com o objetivo de melhorar o tempo de qualidade passado em conjunto, e após recolher informações com T sobre o horário de F, identificou-se

a existência de uma pausa à tarde. T sugeriu que, em dois dias por semana, aproveitassem esse momento para uma caminhada conjunta pela praia, terminando numa esplanada, onde poderiam conversar e, assim, fortalecer também a comunicação do casal. Para concretizar a intervenção de promoção de Comunicação Expressiva de Emoções, recorreu-se à técnica das Abordagens Narrativas com Externalização. De forma a ajudar T a reconhecer e nomear os seus sentimentos e perceções sobre a situação, foram utilizadas questões reflexivas, tais como: “Como se sente em relação à perceção de F de que, por ser profissional de saúde, não precisará de ajuda?”, “De que forma essa perceção afeta a sua confiança e as suas expectativas quanto à partilha de responsabilidades?”, “O que gostaria que F compreendesse sobre a sua experiência e os seus sentimentos?”. Este questionamento tem como objetivo preparar T para partilhar as suas emoções e necessidades com o companheiro de forma clara e eficaz. Na quarta consulta, realizada no domicílio, na presença de T e após o nascimento de B, constatou-se que o casal conseguiu dedicar alguns momentos a sós durante o tempo livre de F, criando oportunidades para partilhar sentimentos e alinhar expectativas sobre o futuro. No entanto, na ausência da perspectiva de F, não foi possível reavaliar plenamente a dinâmica conjugal, pelo que o diagnóstico se mantém como **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionado com Relação Dinâmica Disfuncional e Comunicação Não Eficaz manifestada por não satisfação do casal com a divisão das tarefas domésticas e por o casal não conversa sobre expectativas e receios de cada um.**

Naquilo que diz respeito à área de atenção adaptação à gravidez, procedeu-se à avaliação das dimensões operativas relativas ao Conhecimento, Comunicação e Comportamentos de Adesão. Na data da primeira consulta T encontrava-se com 32 semanas de gestação. Na segunda consulta, estava grávida de 34 semanas de gestação e na terceira e última consulta antes do parto encontrava-se com 36 semanas de gestação.

No contexto dos direitos sociais na gravidez, maternidade e paternidade, incluindo o acesso à assistência médica, o subsídio e a licença de maternidade, foi utilizado o questionamento linear para explorar o conhecimento de T sobre

estes temas. Revelando-se já bem informada e sem dúvidas a esclarecer, não foi necessária qualquer intervenção adicional.

Para avaliar o conhecimento do casal, na perspectiva de T, sobre as etapas de adaptação à gravidez, foi utilizado o questionamento linear e estratégico: “Como têm vivenciado estas alterações proporcionadas pela gravidez?”, “Como tem sido vivenciada a gravidez por M?”, “Como sabe o período de puerpério é uma fase bastante desafiante. O que sabe sobre o processo psicológico associado e como acha que vão enfrentar este desafio?”, “Após o nascimento do B e da vossa alta hospitalar, sabem como se processa a vigilância de saúde do bebê?”, “Já começaram a preparar o vosso enxoval para esta nova fase?”, “Sabem o que vão precisar?”. As respostas de T revelaram uma grande confiança e familiaridade com o tema, o que reflete a sua experiência como profissional de saúde, algo que lhe proporciona uma compreensão sólida sobre a adaptação à gravidez. Com o conhecimento adquirido ao longo da sua carreira, T sente-se confortável e segura neste processo, o que lhe permite também partilhar essas informações com o seu companheiro. Em relação ao envolvimento de M na adaptação à gravidez, T partilhou que inicialmente sentiu que M se afastou, mas, entretanto, esse comportamento melhorou e M já a acompanhou a duas ecografias. Revelando assim **Conhecimento Demonstrado**.

Naquilo que diz respeito à comunicação, questionei de forma reflexiva se, na perspectiva de T, o casal partilha receios associados à gravidez e/ ou à parentalidade: “Quais são as suas expectativas em relação ao papel de mãe? Quais os seus receios acerca do papel de mãe?”, “Na sua perspectiva, que expectativas tem para o F no papel de pai do B? e quais os seus receios?”, “Acha que partilham dos mesmos receios em relação à parentalidade?”. A estas questões T respondeu: “É algo que queria muito, foi um filho muito desejado. Acho que vai ser o papel mais importante da minha vida. Receio não conseguir tratar dele como devia, receio que lhe aconteça alguma coisa.”, “O F já tem uma filha e isso muda a perspectiva dele, acho que a expectativa dele é acompanhar o B no seu crescimento mais de perto do que o fez com a M. Acho que também receia que lhe aconteça alguma coisa.”, “Não, ele está muito mais relaxado do que eu” Normalizei, dizendo que “É perfeitamente natural sentir receios face ao

desconhecido, especialmente numa fase de tantas mudanças. Muitas mães e pais referem experienciar preocupações semelhantes, e com o tempo, a adaptação e o apoio adequado, esses receios tendem a diminuir. O importante é reconhecer que fazem parte do processo e que refletem o seu compromisso e envolvimento na preparação para a chegada do bebé.”. Os dados apresentados, evidenciam que na perspectiva de T o **casal não partilha receios e expectativas associados à parentalidade**. Em relação aos comportamentos de adesão, T é assídua a todas as consultas e a sua participação no curso de preparação para o parto e parentalidade, promovido pela UCC em colaboração com a USF onde está inscrita, surge como uma forma de aprofundar ainda mais os seus conhecimentos e de se preparar de forma mais completa para os desafios da maternidade. Para T, este curso não é apenas uma oportunidade de aprendizagem, mas uma extensão do seu compromisso com o bem-estar e a saúde e para a preparação da transição que se aproxima. A jornada para a parentalidade é um marco transformador, e a participação conjunta do casal nos cursos de preparação para o parto pode fazer toda a diferença nessa travessia ao promoverem o bem-estar físico e emocional dos futuros pais. Estes programas fornecem informações sobre o processo de parto, cuidados com o recém-nascido e adaptação às novas dinâmicas familiares, o que contribui para a redução da ansiedade e aumenta a confiança no desempenho do papel parental (Brixval et al., 2015; Victória et al., 2024). Além disso, favorecem a comunicação e o suporte mútuo entre os membros do casal, aspetos fundamentais para a manutenção da satisfação conjugal durante este período de mudanças significativas (Altafim & Linhares, 2022). Assim, a sua implementação é essencial para facilitar uma experiência parental mais positiva e informada (AlSomali et al., 2023). A atuação do EEESF complementa e potencia os objetivos dos cursos de preparação para a parentalidade ao integrar uma visão sistémica da família e ao privilegiar a continuidade dos cuidados antes e após o nascimento do bebé. O vínculo estabelecido com a família desde o início da gravidez favorece a confiança, a deteção precoce de vulnerabilidades, a promoção da parentalidade positiva e a capacitação dos cuidadores no seu ambiente (Tralhão et al., 2020). Além disso, a presença do EEESF permite uma

intervenção mais individualizada, flexível e ajustada, fundamental em situações de risco psicossocial, fraca rede de suporte ou dificuldades na adaptação conjugal e familiar (Carvalho et al., 2018). Neste contexto, a complementaridade entre os cursos de preparação para a parentalidade e o acompanhamento pelo EEESF traduz-se numa mais-valia para a promoção da saúde familiar e para a construção de uma parentalidade mais consciente, segura e ajustada, favorecendo a transição saudável para esta nova etapa da vida.

De acordo com T, o marido F apenas participou numa das sessões do curso porque os horários não eram compatíveis com o seu trabalho. Com base nos dados recolhidos para avaliação da área de atenção da Adaptação à Gravidez formulou-se o diagnóstico de **Adaptação à Gravidez Não Adequada relacionado com Comunicação Não Eficaz e manifestado por partilha de expectativas e receios pelo casal associados à parentalidade não eficaz**. Com o objetivo de promover a comunicação do casal no que respeita à partilha de receios associados à parentalidade, recorreu-se ao questionamento reflexivo: "O que gostarias que F compreendesse sobre os teus receios em relação a esta nova etapa?" T respondeu: "Gostava que ele percebesse que esta experiência é, para mim, desconhecida e que, apesar de ser profissional da área, o papel de mãe é muito diferente do papel de profissional." Com base neste testemunho, reforçou-se a importância da partilha de sentimentos durante os Rituais Terapêuticos previamente estabelecidos, incentivando um diálogo mais aberto e empático entre o casal. Na terceira consulta com T, grávida, questionei a acerca dos resultados das intervenções implementadas, confessou-me que conseguiram planear momentos a dois nos momentos de pausa de F, que conversaram sobre a etapa de vida, mas que sente ainda F não partilha dos seus receios e que têm expectativas diferentes, desta forma o inicialmente formulado é mantido.

Com o nascimento de B, a estrutura familiar foi transformada, tornando essencial a atualização do Genograma. Esta revisão permite que a representação gráfica da Família Amarela reflita com precisão a sua configuração atual, capturando as dinâmicas familiares e as relações que evoluíram com a chegada do novo membro.

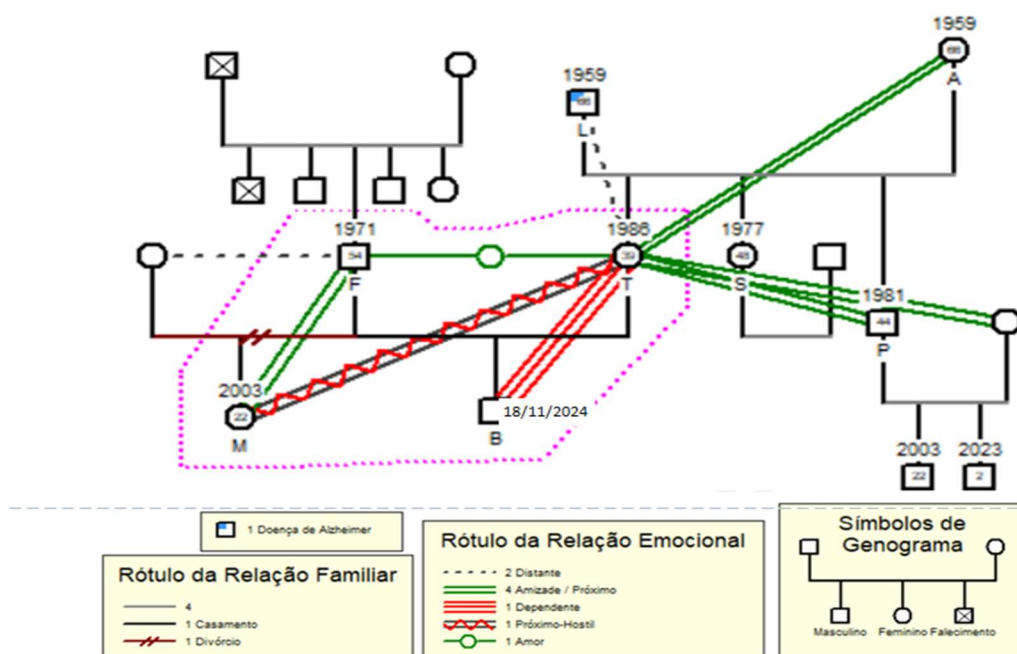


Figura 5 - Genograma da Família Amarela após o nascimento de B

Na quarta consulta com T, que foi também a primeira após o nascimento de B foi abordado o Papel Parental em Família com recém-nascido. Foram avaliadas as dimensões operativas: conhecimento do papel, comportamentos de adesão bem como o consenso do papel e o conflito do papel. Colocaram-se questões lineares para avaliar o conhecimento relacionado às tarefas inerentes à nova etapa desenvolvimental: “Como tem alimentado o B?”, “Têm tido dificuldades em adaptar o bebé à mama?” “Tem alguma dúvida acerca do aleitamento materno?” Qual a posição que coloca o B no berço para dormir?”, “E em relação à inclinação do berço?”, “Como se sente quando o B chora?”, “A que associam o choro do B?”, “Consegue perceber a relação do choro com a necessidade do bebé?”, não foram reveladas dificuldades nesta área demonstrando assim **Conhecimento do Papel Demonstrado**. Relativamente aos comportamentos de adesão associados ao papel parental, a avaliação realizou-se sobretudo através do exame físico do bebé, na observação direta dos cuidados prestados durante as consultas, bem como na consulta dos registos no SClínico-CSP®, de forma a verificar a assiduidade às consultas de vigilância preconizadas e o cumprimento do PNV, que demonstrou **Comportamentos de Adesão Demonstrados**. Na perspetiva de T, a família demonstra **Consenso** em relação ao papel parental,

não se identificando indícios de **Conflito** ou **Saturação** nesse âmbito. Assim, foi formulado o diagnóstico **Papel Parental Adequado**.

Não foi realizada a avaliação do foco **Planeamento Familiar**, uma vez que existe um diagnóstico de infertilidade no casal. Além disso, T confidenciou que pretende abordar esta questão mais tarde com o médico ginecologista, optando, neste momento, por não explorar o tema em maior profundidade. Assim, respeitou-se a sua decisão, garantindo um ambiente de confiança e acolhimento.

Nesta família, poderia ter sido também avaliado o **Papel Parental em Família com Filhos Adultos**, no entanto, dado que não houve oportunidade de consultar diretamente os pais biológicos de M, optou-se por priorizar a avaliação e intervenção em áreas mais relevantes para a transição para a parentalidade que o casal está a vivenciar.

No âmbito da Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção do Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas relacionadas com a comunicação, o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica. A recolha de dados foi realizada ao longo das diferentes consultas, recorrendo ao questionamento linear e reflexivo. No âmbito da comunicação, T respondeu a um conjunto de questões lineares e circulares com o objetivo de explorar a forma como se processa a comunicação entre os membros da família e a qualidade das suas interações. Foram colocadas questões como: “Quem costuma falar mais sobre sentimentos?”, “Está satisfeita com a forma como falam sobre os vossos sentimentos?” e “O que pensa sobre os sentimentos expressos pelos outros membros da família?”. As respostas de T permitiram identificar que o casal mantém uma comunicação centrada na partilha dos seus sentimentos. T reconheceu ter maior facilidade em partilhar as suas emoções, mas salientava que na relação existia respeito mútuo e apoio recíproco entre ambos. No entanto, ao ser questionada sobre a sua relação com M, T expressou que M “tem vindo a afastar-se desde que soube da gravidez”, acrescentando que “ (...) não diz nada. Não fala sobre o que sente.” Quando interrogada sobre se esse comportamento se mantinha também com F, T confirmou que sim, referindo ainda que F tende a desvalorizar a atitude de M: “Ele diz que ela é mimada e que

quanto mais importância lhe dermos, pior." Com base nestes dados, inferiu-se a existência de uma **Comunicação Familiar Não Eficaz**, na perspectiva de T. Com o objetivo de promover a comunicação na família, foram realizadas questões reflexivas de forma a permitir que T reflita acerca de novas perspectivas sobre a comunicação com F e M: "O que acha que M precisa para se sentir segura para falar?", "Como percebe a forma como M expressa ou evita expressar os seus sentimentos?", "O que acha que leva F a desvalorizar os sentimentos de M?", "O que pode fazer para criar um ambiente onde M se sinta mais confortável para falar?", "Que pequenas mudanças podia introduzir nas vossas interações diárias para melhorar a comunicação?", perante estas questões T revela "Eu entendo o que F pensa, porque sei que ele já viu M reagir dessa maneira em outras situações, mas, para mim, é diferente. Quando M se afasta e fica em silêncio, sinto que ela está a tentar lidar com as suas emoções sozinha, porque talvez não saiba como expressá-las ou tenha medo de não ser compreendida. O F acha que é uma coisa pequena, que não vale a pena dar atenção, mas para M, o silêncio é uma forma de se proteger.", "Eu vejo isso como um sinal de que ela precisa de mais espaço ou talvez de mais apoio, não como uma atitude que deve ser ignorada. Eu gostava que F percebessem isso e que, em vez de desvalorizar, tentasse compreender melhor o que M sente.", desta forma e com o objetivo de melhorar a comunicação familiar, especialmente entre ela, F e M, através de estratégias que permitam que ambos expressem melhor os seus sentimentos e necessidades, T foi incentivada a promover um espaço de diálogo ela, F e M. Foi negociado com T que iniciasse a conversa partilhando a sua própria perceção sobre o comportamento de M e o impacto na família de forma empática e sem julgamentos. Através de perguntas reflexivas, como "O que achas que M sente quando se afasta em silêncio?" e "O que precisas de F para te sentires compreendida?", T pode incentivar tanto F como M a refletirem sobre as suas emoções e necessidades, estimulando a escuta ativa e a empatia. Na última consulta, questionei T se tinham conseguido conversar em família. T relatou que sim, que tiveram uma conversa tranquila e aberta, F foi capaz de ouvir M e M "também ouviu a nossa perspectiva", T também que relatou que, embora as mudanças tenham sido pequenas, houve alguma melhoria na comunicação

familiar. M começou a aproximar-se mais e tem menos períodos de silêncio e afastamento, e F passou a demonstrar mais paciência e tentar compreender melhor as reações de M. Embora a mudança ainda seja incipiente, T percebeu que a família está a começar a aplicar, de forma mais consciente, algumas das estratégias discutidas na sessão de reflexão e diálogo, como escutar sem julgar. Foi elogiado o progresso, mesmo que discreto, e sugerido continuar com o trabalho de fortalecimento da comunicação.

A avaliação diagnóstica em relação ao *coping* familiar revelou que, entre os três membros da família, T é a que assume maior iniciativa na identificação e resolução de problemas, mostrando também satisfação quando questionada sobre o apoio recebido pelos restantes membros da família, com a resposta positiva à pergunta “Sente-se satisfeita com a forma como os restantes elementos da família vos apoiam, quando precisam?”. Em relação à interação de papéis, o papel de provedor é desempenhado principalmente por F, enquanto a gestão financeira é partilhada entre F e T, tendo esta distribuição sido acordada entre os membros da família, sem sinais de saturação ou conflito. No que concerne ao papel recreativo, T assume que a iniciativa é em grande parte da sua responsabilidade, sem se importar com isso. Já no que diz respeito ao papel doméstico, T assume a maior parte das tarefas, contando com a colaboração de F em algumas, mas, devido à frequência de ausências de F por causa do seu horário de trabalho, T sente que a distribuição de tarefas não é justa e teme que, com o nascimento de B, a situação se agrave ainda mais, identificando assim **Interação de Papéis Familiares Não Eficaz.**

Para incentivar a redefinição da divisão das tarefas domésticas, foi co construído com T que partilhasse com F e M os seus sentimentos em relação à sobrecarga que tem experienciado e que, juntos, explorassem formas de otimizar a distribuição das tarefas, especialmente à medida que se preparam para a chegada de B. Em vez de uma abordagem rígida, foi co construído juntamente com T um quadro de divisão de tarefas, onde cada um pudesse adicionar as atividades de acordo com as suas preferências e horários. A proposta foi mais uma forma de abrir o diálogo e ajudar a família a refletir sobre como poderiam distribuir as responsabilidades de forma mais equilibrada, promovendo a

colaboração e o entendimento mútuo. A intenção foi proporcionar um espaço seguro de reflexão, no qual a família pudesse construir soluções adaptadas às suas necessidades, respeitando as preferências, ritmos e capacidades de cada elemento. Através da abordagem colaborativa e da co-construção de estratégias, é facilitada a participação ativa da família no processo de mudança, favorecendo o sentimento de escuta, envolvimento e compromisso entre os seus membros (Tomm, 1988; Wright & Leahey, 2013)

Na consulta seguinte, questionei T sobre como a dinâmica familiar evoluiu, perguntando: "Desde a última consulta, conversaram sobre a redistribuição das tarefas domésticas?", "O que acordaram?", "Conseguiram preencher o quadro?", "Como tem corrido?" O objetivo era avaliar como a conversa tinha sido produtiva para a família e se haviam conseguido estabelecer novas formas de colaboração, T revelou que a família se reuniu e completou o quadro de divisão das tarefas domésticas, levando em conta as preferências e horários de cada membro. No entanto, na prática, a execução das tarefas nem sempre seguiu o que tinha sido acordado. Tal como descrito por Cowan e Cowan (2000), os casais tendem a enfrentar dificuldades em manter os compromissos definidos antes do nascimento do bebê, especialmente quando confrontados com as exigências reais da parentalidade. T referiu também que, apesar do esforço inicial para implementar a redistribuição, a sobrecarga de responsabilidades e a adaptação às novas rotinas, especialmente após o nascimento de B, dificultaram a execução consistente das tarefas. Na última consulta, foi constatado que, diante das dificuldades enfrentadas, a família decidiu recorrer a ajuda externa para apoiar nas tarefas domésticas. Essa medida ajudou a aliviar a carga sobre T e permitiu à família ajustar-se melhor à situação, proporcionando um espaço para que todos se focassem na adaptação às novas responsabilidades e à dinâmica familiar em mudança. Este tipo de estratégia pode representar um mecanismo saudável de ajustamento, promovendo o equilíbrio e o bem-estar familiar em períodos de transição (Sæther et al., 2024).

No que diz respeito à relação dinâmica, para T não existe um elemento com maior ou menor poder na família ou coligações entre os membros. Existe união e T sente-se satisfeita com a forma como é manifestada essa união. Figueiredo

(2012) recomenda, para a caracterização e avaliação da relação dinâmica, a aplicação da Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar – FACES II, que foi implementada aos três membros da família. Para obter os resultados destes instrumentos aplicados ao membro M e F, a comunicação foi realizada via email para manter a confidencialidade dos dados. Os resultados revelaram percepções distintas entre os membros da família: M e T classificaram a família como desmembrada em termos de coesão e estruturada no que respeita à adaptabilidade, enquanto F considerou a coesão familiar como ligada e descreveu a adaptabilidade como muito flexível. Quanto à funcionalidade familiar, as percepções dos membros diferiram. Para avaliar esta dimensão, foi aplicada a Escala de APGAR Familiar, cujos resultados indicaram que F e T percebem a família como altamente funcional, enquanto M a classifica como apresentando uma disfunção moderada. De acordo com estes dados inferiu-se a existência de **Processo Familiar Disfuncional relacionado com Comunicação Familiar Ineficaz e Interação de Papéis Familiares Não Eficaz manifestado por Comunicação circular não eficaz e Papel de cuidado doméstico conflitual**. Estes resultados podem refletir experiências e expectativas distintas, sendo importante a sua exploração futura para fomentar um entendimento comum e fortalecer os laços familiares. Nesta perspetiva, os resultados foram partilhados com a enfermeira cooperante, assegurando a continuidade dos cuidados e uma intervenção mais integrada.

Prestação de cuidados ao membro T, da família Amarela

A T tem 38 anos de idade, licenciada na área da saúde, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas e tem o PNV atualizado. Apresenta como antecedentes clínicos documentados, Excesso de peso, Hipertensão Arterial Crónica Essencial e Infertilidade. História de um aborto em 2020. Encontra-se imune à rubéola, citomegalovírus e toxoplasmose. É alérgica ao camarão. O seu grupo de sangue é ORh+. Após o diagnóstico de gravidez alcançada por Fecundação in vitro e com data prevista de parto para 28/11/2024, foi alterada a medicação da hipertensão para Enalapril 20mg/dia, iniciou ácido acetilsalicílico 150mg/dia e Gestacare® 1 comprimido/dia. Referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da

medicação e o motivo de a ter iniciado. Apresentou um ganho ponderal excessivo durante a gravidez, cerca de 16 kg, tendo evoluído de um peso inicial de 78 kg (IMC de 26,9) para 94 kg (IMC de 31,49) no final da gravidez. Com base nas recomendações do Institute of Medicine of the National Academies, a DGS (2015) publicou orientações sobre o ganho ponderal durante a gravidez, ajustadas ao IMC pré-gestacional. De acordo com estas orientações, o ganho de peso recomendado para T deveria situar-se entre os 7 kg e os 11,5 kg. O primeiro contacto de acompanhamento do caso foi realizado na USF, numa das consultas de vigilância da gravidez, no terceiro trimestre. Com base nas especificidades de T, foram formulados os diagnósticos elencados na Quadro 3:

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T durante a gravidez

Foco de Atenção	Diagnóstico
Adesão à Vacinação	Adesão à Vacinação
Hipertensão Arterial	Sem Hipertensão
Gestão do Regime Terapêutico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
Comportamentos de adesão	Adesão ao regime Terapêutico
Adaptação à Gravidez	Adaptação à gravidez
Excesso de Peso	Obesidade
Gravidez	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre gravidez
Uso de Tabaco	Sem abuso de tabaco
Uso de Álcool	Sem abuso de álcool

De acordo com diagnósticos identificados durante a gravidez de T, a Obesidade foi aquele identificado com necessidade de intervenção durante o período de gravidez. A obesidade na gravidez aumenta os riscos para a mãe e para o bebé, sendo assim, torna-se essencial uma abordagem de enfermagem centrada na motivação para a mudança, adotando comportamentos saudáveis. Mulheres obesas têm maior probabilidade de desenvolver diabetes gestacional e complicações cardiovasculares, condições que podem levar a complicações como pré-eclâmpsia (Silva et al., 2024). Além disso, há um aumento na

incidência de partos prematuros e necessidade de cesarianas. Para o feto, os riscos incluem macrosomia, malformações congénitas e maior predisposição à obesidade na infância e vida adulta. Estudos indicam que quanto maior o índice de massa corporal (IMC) da gestante, maiores são os riscos de complicações durante a gravidez (Costa et al., 2022). Na segunda consulta com a grávida, procurou-se compreender a percepção de T sobre o tema e os seus sentimentos, recorrendo a questões reflexivas como: “Como se tem sentido ultimamente?” e “O que sente em relação ao seu peso nesta fase?”. T revelou sentir-se bastante pesada e consciente de que já tinha ganho mais peso do que gostaria. Embora desejasse manter o peso até ao final da gravidez, admitiu recear não conseguir evitar novos aumentos.

Para estruturar a intervenção, recorreu-se ao Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), posteriormente revisto por Prochaska et al. (1992). Este modelo descreve cinco estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, orientando a abordagem ao comportamento da pessoa ao longo do seu processo de mudança, a par com a entrevista motivacional (EM). Com base nas respostas de T, pode-se inferir que ela se encontra na fase de contemplação, e foi utilizada a EM para reforçar a sua motivação, ajudando-a a encontrar estratégias realistas e sustentáveis para controlar o ganho de peso, promovendo a sua autoeficácia e reduzindo barreiras percebidas. A EM uma abordagem proposta por Miller e Rollnick (2012), cujo objetivo é ajudar a pessoa a explorar e a resolver ambivalências, promovendo mudanças comportamentais alinhadas com as suas necessidades. A EM baseia-se em princípios fundamentais, como a expressão de empatia, a identificação de ambivalências, a gestão da resistência à mudança, a evitação do confronto direto, a promoção da autoconfiança e a utilização de questões abertas, reflexão e síntese dos aspetos-chave (Souza et al., 2019).

No decorrer da EM valorizou-se T por reconhecer o aumento de peso e demonstrar vontade de mudança, foi questionada acerca dos comportamentos que tinha que podiam ter contribuído para o ganho ponderal tão significativo: “O que acha que tem contribuído para esse aumento de peso?“, T responde “Acho

que tenho comido mais do que preciso, e nem sempre faço escolhas muito saudáveis. Às vezes, sinto muita fome ou vontade de comer certas coisas, e acabo por ceder.”, procurei validar os seus sentimentos e refletir a sua ambivalência: “Parece que tem refletido bastante sobre isso. Por um lado, reconhece que ganhou peso em excesso e quer fazer algo a respeito, mas, por outro, sente receio de não conseguir.” Com esta abordagem, incentivei-a a explorar os desafios que tem encontrado no controlo do peso. T partilhou que, por vezes, sente muita fome ou vontade de comer certos alimentos e acaba por ceder, comprometendo escolhas mais saudáveis. Para facilitar a mudança de hábitos alimentares, começámos por identificar fatores que poderiam ajudá-la a sentir-se mais confiante. T referiu que o apoio do companheiro e a pesquisa de receitas saudáveis seriam estratégias úteis para se aproximar de um maior compromisso com a mudança. Com base nisso, propus que pensássemos em formas de integrar essas ajudas no seu dia a dia antes de delinear um plano. Para explorar os seus próprios recursos, questionei: *“Se pensarmos nos seus dias mais equilibrados, o que acontece de diferente?”* T refletiu e reconheceu que, quando está ocupada ou tem as refeições organizadas, consegue gerir melhor a alimentação. A partir desta perceção, incentivei-a a pensar em formas de aumentar a frequência desses dias: *“O que poderia fazer para ter mais dias assim?”* T sugeriu que planejar melhor as refeições e ter opções saudáveis sempre à mão poderia ser útil. Para reforçar a sua confiança na mudança, utilizei uma questão de escala: *“De 0 a 10, quão confiante se sente para começar a fazer isso esta semana?”* Respondeu 6, revelando alguma insegurança, mas também disponibilidade para experimentar. Aprofundei: *“O que poderia ajudá-la a sentir-se mais próxima de um 8 ou 9?”*, momento em que reafirmou a importância do apoio do companheiro e da pesquisa de receitas. Para tornar o plano mais concreto e alcançável, sugeri que definíssemos um primeiro passo simples. T decidiu então começar por preparar snacks saudáveis para os momentos em que sente mais fome, uma ação prática, fácil de implementar, e que contribui para o seu objetivo de alimentação mais equilibrada.

Na terceira consulta com T, com 36 semanas de gravidez, e última antes do parto iniciei a conversa reforçando o seu compromisso com as mudanças

estabelecidas na consulta anterior. Perguntei-lhe como se sentiu ao implementar o plano e como correu a gestão do peso nas últimas semanas. Com um sorriso, T partilhou que conseguiu manter o peso desde a última consulta, algo que inicialmente temia não ser capaz de alcançar. Explicou que as estratégias delineadas foram eficazes, e além disso, referiu que se sentiu mais motivada e confiante ao perceber que pequenas mudanças no seu dia-a-dia fizeram uma grande diferença. Validei o seu esforço e destaquei os seus progressos, reforçando a importância de manter estes hábitos no pós-parto.

A quarta consulta foi realizada após o parto, onde foram formulados os diagnósticos apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T no puerpério

Foco de Atenção	Diagnóstico
Lactação	Sem lactação comprometida
Ingurgitamento mamário	Sem ingurgitamento mamário
Ingurgitamento mamário	Conhecimento sobre prevenção de ingurgitamento mamário
Maceração	Sem maceração (mamilo bilateral)
Perda Sanguínea	Perda Sanguínea

Verifiquei que T não necessitava de intervenções adicionais relacionadas com os diagnósticos formulados, uma vez que demonstrou conhecimento e autonomia nas áreas avaliadas. O RN estava a ser amamentado em exclusivo, em horário livre, sem quaisquer complicações ou dúvidas associadas ao processo de lactação e amamentação. T refere também ter ligeira perda hemática vaginal, tal como esperado, nesta fase do puerpério, de cor acastanhada e cheiro normal. A perda hemática vaginal no puerpério, conhecida como lóquios, corresponde a um fenómeno fisiológico normal após o parto, resultante da expulsão de sangue, muco e tecidos uterinos. Inicialmente, apresentam uma cor vermelho-vivo (lóquios rubros), tornando-se gradualmente mais claros e escassos, passando por tons acastanhados (lóquios fuscos) até atingirem uma tonalidade amarelada ou esbranquiçada (lóquios alvos). Geralmente, os lóquios diminuem progressivamente a partir da terceira semana,

podendo, contudo, manter-se até à sexta semana pós-parto (Jesus et al., 2024). É essencial educar a puérpera sobre sinais de alerta, tais como aumento súbito do fluxo, odor desagradável, presença de coágulos abundantes ou febre, que exigem avaliação imediata (Ruiz et al., 2017).

No seguimento do diagnóstico de obesidade identificado durante a gravidez e em consonância com a vontade manifestada por T de iniciar uma atividade física adequada ao período pós-parto, foi proposta a referenciação para o projeto de recuperação pós-parto desenvolvido na UCC local. T aceitou a referenciação, reconhecendo a importância deste acompanhamento para a sua saúde e bem-estar nesta nova fase. Deste modo, a intervenção individual é potenciada por uma abordagem integrada, em que a EEESF e os recursos comunitários trabalham de forma sinérgica na promoção da saúde, na prevenção de complicações e no fortalecimento das capacidades individuais e familiares para a mudança.

Prestação de cuidados ao membro B, da família Amarela

B nasceu de parto eutócico, a termo, com um índice de Apgar de 5/7/9, 3,12 kg (Percentil 40), estatura de 50 cm (P50) e perímetro cefálico (PC) (P75) de 36 cm. Encontra-se em aleitamento materno exclusivo e apresenta um choro vigoroso. Na primeira consulta ao recém-nascido, realizada no domicílio, verificou-se que o PNV está atualizado, tendo o RN recebido a vacina contra a hepatite B (VHB) e a imunoglobulina específica para o vírus VSR (IgVSR) após o nascimento. Foi ainda identificada a elegibilidade para a vacina BCG, B é elegível. B é elegível para a vacinação com BCG por ser filho de mãe natural do Brasil, país com elevada incidência de tuberculose, cumprindo assim um dos critérios definidos pela norma 006/2016 da DGS, atualizada em 24/03/2023. A elegibilidade aplica-se a crianças com coabitantes provenientes de países com elevada incidência, com antecedentes de tuberculose, ou com fatores de risco como infeção VIH ou dependência de substâncias, entre outros. Neste caso, a origem materna justifica a inclusão do recém-nascido no grupo prioritário para vacinação, com vista à prevenção de formas graves da doença. O cordão umbilical caiu ao 4.º dia de vida, encontra-se sem sinais inflamatórios, e T demonstrou conhecimento

adequado para o cuidado do mesmo. O recém-nascido apresenta micções e dejeções frequentes, de características normais. Foi também realizada a avaliação do peso, constatando-se que, ao 4.º dia de vida, B já tinha recuperado o peso de nascimento, encontra-se agora com 3,13kg. Com base nesta avaliação, foram formulados os seguintes diagnósticos:

Quadro 5 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B

Foco de Atenção	Diagnóstico
Mamar	Sem mamar comprometido
Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação
Ligação Mãe-filho	Sem ligação mãe-filho comprometida
Sucção	Sem sucção comprometida
Ferida	Conhecimento da mãe (ou) pai para tratar do coto umbilical

Também nesta consulta, com o consentimento de T, foi realizada colheita de sangue ao RN para Diagnóstico Precoce. Em Portugal, o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, implementado desde 1979, assegura que todos os recém-nascidos tenham acesso gratuito a este rastreio. Este programa já permitiu identificar e tratar inúmeras crianças, garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida (Centro de Saúde Pública Dr. Gonçalves Ferreira, 2003). Realizado entre o 3.º e o 6.º dia de vida do bebé, o teste consiste na recolha de algumas gotas de sangue do calcanhar, que são depositadas num papel de filtro específico. Este programa iniciou-se em 1979 com o objetivo de realizar o rastreio neonatal da fibrose quística, mas atualmente o diagnóstico precoce inclui também o rastreio de 24 doenças hereditárias do metabolismo, do hipotiroidismo congénito e da Drepanocitose, bem como o estudo piloto da atrofia muscular espinal (Vilarinho et al., 2024). Este procedimento, embora simples, é fundamental para detetar doenças que, se não tratadas precocemente, podem levar a complicações graves, como atraso mental ou alterações neurológicas (SNS24, 2023b).

Na consulta de um mês realizada na USF, foi possível a avaliação dos dados antropométricos do bebé, obtiveram-se os seguintes dados:

Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	IMC
4,75 kg	53 cm	37	16,91

Nos primeiros dias após o nascimento, é habitual que o recém-nascido perca até cerca de 10% do seu peso inicial, fenómeno designado por perda fisiológica de peso, decorrente sobretudo da eliminação de líquidos acumulados no útero e da adaptação metabólica à vida extrauterina. Esta perda costuma atingir o máximo entre o terceiro e quinto dia, sendo esperada a recuperação do peso de nascimento até ao 10.º a 14.º dia. Assim, aos 15 dias de vida, o recém-nascido saudável já deverá ter recuperado e ultrapassado ligeiramente o peso inicial, iniciando a partir desse momento um ganho ponderal regular e sustentado (Direção Geral da Saúde, 2013). Confirmou-se que B se mantém em aleitamento materno exclusivo, com micções e dejeções frequentes. Durante a consulta, foi também avaliado o desenvolvimento infantil, sem registo de alterações. Nas primeiras semanas de vida, a avaliação do desenvolvimento centra-se principalmente na observação dos reflexos primitivos, do tónus muscular, da resposta a estímulos auditivos e visuais, bem como do comportamento geral do recém-nascido. São analisados reflexos como o de sucção, preensão palmar, marcha automática e moro, fundamentais para a deteção precoce de possíveis alterações neurológicas. O Sclinico-CSP → disponibiliza a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, um dos principais instrumentos utilizados. Esta escala, aplicada desde o primeiro mês até aos cinco anos de idade (1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, 2, 3, 4 e 5 anos), estabelece um padrão de referência para o desenvolvimento normal, apresentando quadros representativos dos itens a avaliar e sinais de alerta específicos para cada idade. A inclusão da análise nas primeiras semanas de vida permite identificar precocemente potenciais atrasos ou desvios do desenvolvimento, possibilitando uma intervenção atempada e adequada (Afonso, 2020).

Família Azul

Ao longo do acompanhamento à família Azul, foram realizadas quatro consultas, uma no domicílio e três na USF, com uma duração média de 60 minutos cada. O primeiro contacto ocorreu após o nascimento de T, marcando o início de um acompanhamento estruturado. Desde a primeira abordagem, em setembro de 2024, até ao término do estágio profissional, a família demonstrou disponibilidade e envolvimento ativo nas consultas. A primeira consulta decorreu no domicílio, envolvendo o casal e o recém-nascido. A segunda teve lugar na USF, com a presença dos mesmos elementos. Na terceira consulta, participaram C, a mãe M e o bebé T, enquanto na quarta e última consulta estiveram novamente presentes o casal e o bebé.

A C e o A estão numa relação há cerca de 4 anos e vivem juntos há cerca de 1 ano. A C é auxiliar de ação educativa e o A é motorista de pesados. Têm ambos o ensino secundário e residem numa casa de “ilha” composta por 3 divisões. A gravidez foi planeada pelo casal. Os pais de C e A mantêm uma relação próxima com o casal, neste momento a irmã mais nova e o pai de C estão a residir em Viana do Castelo por razões profissionais. A C tem 2 irmãos e 1 irmã com mantém contacto, 1 dos irmãos foi diagnosticado com esquizofrenia e pouco tempo mais tarde com diabetes *mellitus* tipo 1, com dificuldades na aceitação da doença e por isso nega-se a cumprir a terapêutica, por este motivo tem comportamentos desadequados e isola-se muito, desta forma a relação entre eles tem vindo a deteriorar-se nos últimos anos, o que deixa C preocupada. O A tem 3 irmãos e mantém boa relação com todos eles. O bebé nasceu por cesariana, de termo, saudável, está a ser amamentado em exclusivo.

Para caracterizar a composição familiar e compreender a dinâmica relacional, foram utilizadas questões lineares dirigidas aos membros presentes. O Genograma e a Psicofigura de Mitchel elaborados refletem os vínculos entre todos elementos do agregado familiar, evidenciando relações significativas e uma influência mútua no quotidiano descritos na Figura 6:

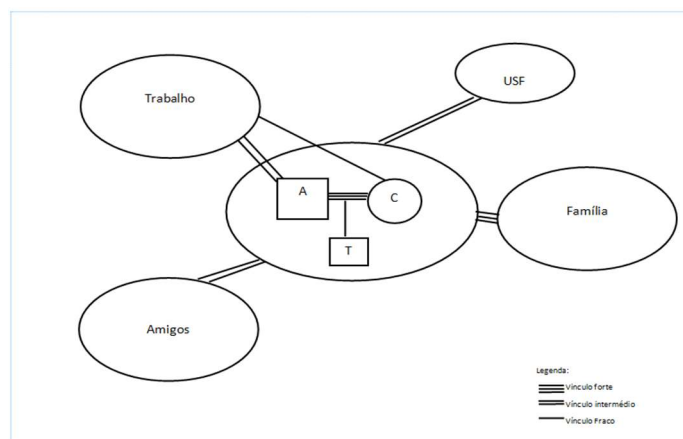


Figura 7 - Ecomapa da Família Azul

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família Azul por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estão representadas no Quadro 6:

Quadro 6 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Azul, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do Rendimento Familiar
	Edifício Residencial	Tipo de Habitação
		Higiene da habitação
	Precaução de Segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas		
Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Planeamento Familiar	Uso de Contracetivo
	Papel parental – família com filhos recém-nascidos	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
Conflito do papel		
Saturação do papel		
Dimensão Funcional	Processo Familiar	<i>Coping</i>
		Interação de papeis
		Relação Dinâmica

Através da aplicação da Escala de Graffar Adaptada, a família obteve uma classificação total de 15 pontos, correspondendo ao Grau III – classe média. No que diz respeito à profissão, foi classificada no grau quatro, uma vez que ambos os elementos desempenham funções indiferenciadas. Relativamente à instrução, foi atribuída a classificação de grau três, pois ambos os membros da família detêm o 12º ano de escolaridade. Quanto à origem do rendimento familiar, obteve-se também o grau três, uma vez que a origem do rendimento familiar dos membros provém de vencimentos certos. Por fim, no que concerne ao tipo de habitação e local de residência, a família enquadrou-se no grau três, residindo atualmente numa pequena casa, mas que dispõe saneamento, eletricidade e eletrodomésticos essenciais. O casal pretende adquirir casa própria e encontram-se em fase de procura.

No âmbito da Dimensão Estrutural, a família não utiliza gás, tem aquecimento com aquecedores elétricos e têm conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. A família não tem animal de doméstico. Relativamente às barreiras arquitetónicas, a habitação tem apenas 4 divisões contíguas de pequenas dimensões com muito mobiliário. A habitação situa-se no rés do chão, no entanto o acesso à casa tem 3 degraus na entrada principal e um pequeno degrau na entrada da casa que dificulta o transporte do carrinho de bebé até casa, quando questionados acerca de estratégias de adaptação o casal demonstrou não ter conhecimento para realizar a adaptação às barreiras arquitetónicas. Tendo em conta os dados recolhidos, foram identificados os diagnósticos de **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado** pelo que estes se constituem como um recurso e forças para a Família Azul. Relativamente à Prevenção de Segurança, foi identificado o diagnóstico **Prevenção de Segurança Não Demonstrada relacionada com existência de barreiras arquitetónicas e manifestada por conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas**. Foram desenvolvidas intervenções centradas na promoção de estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. As ações implementadas incluíram: incentivar a reorganização dos móveis para criar mais espaço e facilitar a

movimentação dos pais, reduzindo o risco de acidentes; ensinar sobre o uso de protetores de tomadas e a fixação de cabos elétricos para prevenir incidentes; orientar sobre medidas de segurança na primeira infância, como a fixação de móveis altos à parede para evitar quedas sobre o bebê; e sugerir a instalação de pequenas rampas para facilitar a circulação com o carrinho de bebê. A segurança da habitação para uma família com um recém-nascido é fundamental para garantir o bem-estar da criança e prevenir possíveis acidentes. Um ambiente adaptado é essencial, pois à medida que o bebê cresce, ele começa a explorar o seu meio, tornando-se mais suscetível a riscos. Fixar móveis, proteger tomadas e manter uma supervisão atenta são atos simples, mas essenciais, para transformar numa habitação espaço seguro, onde a criança pode explorar e crescer sem riscos desnecessários (Magalhães et al., 2021). Posteriormente, numa das consultas o casal relata que já fizeram ajustes na disposição do mobiliário da casa de forma a aumentar o espaço de circulação e minimizar o risco de acidentes. Já têm protetores de tomadas elétricas para quando T se começar a movimentar. Mantêm a procura por uma casa nova, mas ainda não concretizaram a compra, indicando assim **Precaução de Segurança Demonstrada**.

No que se refere à dimensão de Desenvolvimento, foram avaliadas as áreas de atenção da Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental – famílias com filhos pequenos.

No âmbito da relação dinâmica, foram colocadas questões lineares e reflexivas ao casal com o intuito de avaliar a satisfação sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas: “Como dividem as tarefas domésticas?” Sente-se satisfeito(a) com essa divisão?”, C refere que: “Não temos uma divisão definida, vamos fazendo o que é preciso quando cada um de nós está disponível.” “Sim, o A tem sido uma grande ajuda, ele faz muitas das coisas ao T que eu ainda tenho algum receio, como o banho.”, “(...) é ele que tem feito quase tudo cá em casa nos últimos tempos porque eu estou muito tempo a amamentar o T”. A revela que também está satisfeito com a divisão das tarefas: “Sim, eu acho que fazemos o melhor que podemos.”. Relativamente ao tempo que passam juntos, o casal referiu atribuir-lhe grande importância, tendo indicado um nível de satisfação de 8 numa

questão de escala que avaliava esse aspecto da relação e referem que nesta fase em que ambos estão de licença de parentalidade esse tempo tem sido ainda mais valorizado: “Agora passo muito tempo com a C... eu sei que é a cuidar do T mas para já é o que temos de fazer”. No que se refere à forma como cada um expressa os seus sentimentos, os dois elementos do casal foram questionados de forma reflexiva e circular: “A gravidez da C e o nascimento do T trouxeram grandes mudanças nas vossas vidas, costumam conversar acerca do que sentem um com o outro?”, os dois responderam que consideravam que o parceiro partilhava os sentimentos. Procurei também perceber se os elementos do casal se sentiam compreendidos pelo parceiro quando partilhavam os seus sentimentos. Questionei-os de forma linear: “Sente-se compreendida pelo seu companheiro quando partilha os seus sentimentos?”. C revelou que tinha sentimentos difíceis de explicar, referindo que muitas vezes sentia que o parceiro não a compreendia. Por outro lado, A afirmou: “Eu sinto-me compreendido pela minha companheira”, embora reconhecesse que esse sentimento não era totalmente recíproco, acrescentando: “Tenho consciência de que ela nem sempre se sente compreendida por mim” demonstrando assim **Não Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.**

Na avaliação da comunicação foi possível verificar que o casal atribuiu significativa importância à comunicação entre si; com as questões “Partilham as vossas expectativas e receios em relação ao futuro?” “Na sua opinião é compreensivo(a) com o(a) A/C em relação às suas expectativas e receios?” Foi possível concluir que C e A revelaram facilidade em partilhar expectativas e receios, demonstrando atenção ao escutar o outro, bem como compreensão, apoio e motivação, referindo ainda perceber que esses comportamentos eram igualmente retribuídos pelo cônjuge. Quando questionados sobre situações de divergência de opiniões, ambos referiram que conseguiam dialogar, expressar as suas perspetivas e alcançar um consenso. As respostas às questões realizadas permitiram verificar que ambos percebem a comunicação conjugal como clara, direta e sincera, evidenciando, assim, uma **Comunicação Eficaz**, considerada uma força e um recurso da Família Azul.

Relativamente à interação sexual, foram utilizadas questões lineares para explorar o conhecimento do casal sobre a manutenção das relações sexuais após o nascimento de T e a sua satisfação com o padrão de sexualidade. Na consulta em que este tema foi inicialmente abordado, o casal revelou que ainda não tinha reiniciado a sua vida sexual, afirmando: "Sim, ainda é tudo muito recente. Ainda nem pensamos nisso." Durante esta consulta, ficou evidente que o casal não tinha conhecimento sobre a sexualidade no pós-parto, uma vez que, quando questionado: "Estão informados sobre o tempo recomendado para retomar a atividade sexual após o parto por cesariana?", responderam negativamente. Não surgiram indícios que apontassem para uma possível disfunção sexual, pelo que essa dimensão operativa não foi objeto de avaliação.

Posto isto, face aos dados obtidos no âmbito da satisfação conjugal, o casal apresenta uma **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação dinâmica disfuncional manifestada por Não Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos e Interação Sexual Não Adequada manifestada por Não conhecimento do casal sobre sexualidade.** Considerando este diagnóstico, os objetivos são: promover a forma como cada um expressa os sentimentos, e aumentar o conhecimento do casal sobre sexualidade, concretizando as intervenções através da utilização da metáfora e do questionamento estratégico. Para melhorar a forma como o casal expressa os sentimentos recorri à metáfora para ajudar o casal a valorizar a expressão desses sentimentos: "Vamos imaginar que a vossa comunicação é como um jardim. Cada sentimento que vocês têm é como uma semente, que precisa ser plantada no solo fértil da vossa relação. Se deixarem as sementes guardadas, sem serem plantadas, o jardim fica vazio, sem flores. Mas, se vocês plantarem essas sementes, as regarem e cuidarem delas, o jardim vai crescer forte e bonito, e cada planta representará um sentimento que foi expresso de forma saudável." Realizou-se o paralelismo com a situação da família de modo promover a comunicação familiar na resolução desta situação: Como se sentem ao pensar nos sentimentos como sementes no vosso relacionamento? Que sementes não foram plantadas até agora?" C responde: "Pois, se calhar algumas", enquanto A responde: "Vamos tentar trabalhar isso". Demonstrou-se

disponibilidade e apoio para o processo: "Lembrem-se, o processo de 'cultivar o jardim' é gradual. Não esperem que tudo aconteça de imediato, mas com pequenas ações diárias, a vossa comunicação vai tornar-se mais forte, e o relacionamento florescerá. Eu e a Enfermeira C vamos estar aqui para os apoiar neste processo". Durante as consultas o casal foi revelando que estava a trabalhar a comunicação de sentimentos e na última consulta com casal, este demonstra-se satisfeito com a forma como expressa os seus sentimentos, revelando assim **Relação Dinâmica Funcional**.

Em relação à interação sexual não adequada foi promovido o conhecimento do casal acerca da sexualidade no pós-parto e realizado aconselhamento sobre sexualidade no pós-parto. Embora não haja uma recomendação sobre o momento exato para retomar a atividade sexual após o parto, é comum que muitos obstetras e ginecologistas sugiram esperar até cerca de seis semanas após o parto, sobretudo no caso da cesariana. É importante destacar que a decisão deve ser baseada no conforto físico e emocional da mulher (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023b). O conhecimento do casal sobre a sexualidade no pós-parto é muito importante para uma adaptação saudável às mudanças físicas e emocionais que ocorrem nesse período. Embora muitas mulheres desejem retomar a sua vida sexual, é comum enfrentarem desafios, como dor ou receio, que podem influenciar a satisfação sexual e a qualidade de vida (Silva et al., 2024). Neste contexto, a comunicação aberta entre os parceiros é a chave para alinhar expectativas e superar barreiras (Cabral & Frigo, 2020a). Ao mesmo tempo, o apoio de profissionais de saúde pode oferecer a clareza e a confiança necessárias, ajudando o casal a redescobrir a sua intimidade e a transformar as dificuldades em oportunidades de crescimento (Sousa et al., 2021). Assim, a sexualidade no pós-parto não é apenas uma questão fisiológica, mas um convite à reinvenção da relação conjugal e ao fortalecimento da parentalidade (Glavina et al., 2023). Na quarta e última consulta com o casal, realizada cerca de 15 semanas após o nascimento de T, ambos revelaram ter retomado a vida sexual, sem expressarem dúvidas ou desconfortos associados. Perante isto, foi possível identificar o diagnóstico

de Interação Sexual Adequada, e conseqüentemente **Satisfação Conjugal Mantida**, que se revela agora como uma força e recurso para esta família.

Relativamente ao Planeamento Familiar, o casal expressou a intenção de ter mais filhos, mas apenas dentro de dois a três anos. Referiram que C utiliza um método contraceptivo oral, prescrito pela médica de família e em concordância por ambos os membros do casal, evidenciando conhecimento sobre o seu uso correto. Perante esta situação, foi formulado o diagnóstico de **Planeamento Familiar Eficaz**.

Em relação ao Papel Parental na família com recém-nascido, no que respeita ao conhecimento das tarefas inerentes à nova etapa desenvolvimental, foram colocadas questões lineares ao casal sobre diversos temas fundamentais no cuidado ao bebé, como o aleitamento materno, cuidados de higiene, choro, sono e vigilância de saúde. Entre as questões colocadas destacam-se: “Como interpretam o choro do vosso bebé? Conseguem identificar diferentes tipos de choro?”, “Sabem em que posição devem colocar o T no berço para dormir?” e “Sentem-se à vontade com as rotinas de higiene, como o banho e a troca de fraldas?”. “Se necessitarem de leite adaptado, sabem qual o indicado para T?”, “Sabem como preparar o leite adaptado?”. Relativamente ao aleitamento artificial, o casal referiu que tem indicação médica quanto ao tipo de leite a adquirir, pois este foi prescrito previamente pela médica pediatra, mas manifestou desconhecimento sobre o modo correto da sua preparação. Para além disso, evidenciaram lacunas de conhecimento em relação à vigilância de saúde recomendada para o recém-nascido e ao seu posicionamento adequado no berço. Perante estas constatações, foi identificado o subdiagnóstico **Conhecimento do Papel Parental Não Demonstrado**.

Relativamente aos comportamentos de adesão associados ao papel parental, a avaliação baseou-se sobretudo no exame físico do bebé e na observação direta do casal durante os cuidados de higiene ao bebé bem como na consulta dos registos no SClínico-CSP®, com vista a confirmar a assiduidade às consultas de vigilância preconizadas e o cumprimento do PNV. O casal demonstrou **consenso do papel** em relação ao papel parental e não foram encontrados

dados sugestivos de **conflito do papel**. No âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, foi, assim, identificado o diagnóstico de **Papel Parental Não Adequado manifestado por Conhecimento do Papel Não Demonstrado relacionado com não conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial, vigilância de saúde preconizada e posicionamento do recém-nascido**. Com o objetivo de promover o aumento do conhecimento sobre aleitamento artificial, vigilância de saúde preconizada e posicionamento do recém-nascido foi realizada educação para a saúde aos pais acerca desses temas. O posicionamento adequado do recém-nascido no berço é essencial para prevenir complicações e garantir um sono seguro. A Academia Americana de Pediatria recomenda que o bebê durma sempre numa superfície plana e firme, na posição dorsal, sem inclinações, almofadas ou objetos soltos, devido ao risco aumentado de asfixia ou quedas (Moon et al., 2022). Embora anteriormente recomendado em casos de refluxo gastroesofágico, o uso de berços inclinados revelou-se ineficaz e potencialmente perigoso (Paul et al., 2023). Durante os períodos de vigília e sob supervisão, aconselha-se posicionar o bebê de barriga para baixo para fortalecer os músculos cervicais e prevenir a plagiocefalia posicional (Williams & Galea, 2023). Estas recomendações são fundamentais para promover a segurança e o desenvolvimento saudável dos bebês. Na terceira consulta o casal revelou conhecimento acerca destes temas, sendo possível enunciar o diagnóstico de **Papel Parental Adequado** que se revela como uma força e recurso para esta família.

Face à Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas no âmbito da *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica. A comunicação já foi avaliada anteriormente. A recolha destes dados foi feita ao longo das diferentes consultas através de questionamento circular e reflexivo. No que respeita à resolução de problemas, C e A concordam em eleger C como quem habitualmente identifica problemas e também quem tem mais iniciativa na sua resolução, quando questionados com “Existe discussão de problemas na vossa família?”, ambos respondem que sim e revelam que por vezes recorrem à ajuda da família extensa

na resolução dos mesmos, sobretudo a M, que demonstra **Coping Familiar Eficaz**

No que respeita à interação de papéis, no subsistema conjugal, foi utilizado o questionamento linear e circular. C refere não existirem conflitos nos papéis, destacando que o papel de provedor e a gestão financeira são assumidos por ambos. O papel de cuidado doméstico mantém-se eficaz, conforme já avaliado anteriormente na satisfação conjugal. Relativamente ao papel recreativo, C afirma: "Sou eu que normalmente sou mais proativa nessas coisas". O casal revela que, desde a última consulta, têm conseguido retomar alguns momentos recreativos, inclusive a dois, tendo já ido jantar fora com amigos e ao cinema, deixando T aos cuidados de M. O papel de parente é dinamizado sobretudo por C e, quando questionados sobre a sua opinião em relação a esta dinâmica de papéis, C respondeu: "Nunca ninguém se queixou".

No que se refere à coesão e adaptabilidade da Família Azul, foi aplicada a escala FACES II a ambos os membros do casal, C descreveu a família como muito ligada e flexível, caracterizando-a como uma família equilibrada, classificação que foi igualmente atribuída por A. Para a avaliação da funcionalidade familiar, recorreu-se à escala APGAR Familiar de Smilkstein, aplicada a ambos os membros do casal. De acordo com C e A, a sua família é altamente funcional, tendo ambos atribuído uma pontuação total de 9 pontos.

Considerando os dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional, identificou-se o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional**, constituindo-se como uma força e recurso para a Família Azul.

Prestação de Cuidados ao Membro C da Família Azul

A C, de 30 anos, é auxiliar de ação educativa e não tem hábitos de consumo de tabaco, álcool ou drogas. O PNV está atualizado. Nos antecedentes clínicos, destaca-se o excesso de peso e a diabetes gestacional. Durante a gravidez, seguiu um regime medicamentoso que incluía Tromalyt® 150 mg/dia, Stagid® (1 comprimido, 2 vezes por dia), ferro e Yodofar® (1 comprimido por dia). A primeira consulta com C. ocorreu cerca de duas semanas após o parto, no domicílio.

Referiu cumprir rigorosamente a medicação conforme as orientações médicas, compreendendo tanto o seu efeito como o motivo da sua prescrição. Durante a gravidez, não registou um aumento ponderal excessivo, cerca de 11 kg, contudo, atualmente o seu peso é de 80 kg mantendo excesso de peso (IMC de 29,4). Encontra-se a amamentar o RN em exclusivo, sem complicações associadas. Os diagnósticos identificados para este membro da família Azul estão enunciados no Quadro 7:

Quadro 7 - Diagnósticos de enfermagem formulados para C

Foco de Atenção	Diagnóstico
Adesão à Vacinação	Adesão à Vacinação
Humor	Sem humor comprometido
Gestão do Regime Terapêutico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
Comportamentos de adesão	Adesão ao regime Terapêutico
Lactação	Sem lactação Comprometida
Excesso de Peso	Excesso de Peso
Metabolismo Energético	Sem Hiperglicemia
Uso de Tabaco	Sem abuso de tabaco
Uso de Álcool	Sem abuso de álcool

Com base no diagnóstico prévio de excesso de peso, o tema foi abordado na segunda consulta com C. Durante esta abordagem, C expressou preocupação relativamente ao seu excesso de peso e manifestou interesse em iniciar atividade física. Considerando que C se encontra numa fase inicial do puerpério (com cesariana realizada há quatro semanas), procurei avaliar a sua motivação e a sua preparação para iniciar este objetivo. C revelou vontade de começar a realizar atividade física assim que possível. Após explorar conjuntamente opções adequadas à sua condição atual, mostrou-se motivada para realizar caminhadas curtas, cerca de três vezes por semana, acompanhada pela mãe. Acrescentou ainda que tem procurado ter maior atenção com a alimentação, apesar de notar um aumento do apetite devido à amamentação. Assim, foi acordado que a estratégia inicial consistirá na promoção gradual da atividade física através das caminhadas planeadas, e alimentação mais saudável. Na quarta consulta, C partilhou que já tinha iniciado as caminhadas acompanhada pela mãe, referindo que esta prática lhe estava a fazer muito bem e que já tinha conseguido perder

2 kg, apresentando agora um IMC de 28,65. Foi parabenizada pelos progressos alcançados e incentivada a manter estes novos hábitos saudáveis, reforçando-se que a sua enfermeira de família está disponível para a apoiar ao longo deste processo, ajudando-a a atingir o objetivo pretendido em relação ao peso.

Dado o impacto emocional do período pós-parto, é fundamental avaliar o risco de DPP na puérpera, uma condição que pode afetar a sua capacidade de cuidar do bebé e manter a amamentação. Para isso, a EPDS é uma ferramenta validada e recomendada para identificar precocemente sintomas depressivos, permitindo uma intervenção atempada e adequada. Foi preenchida por C na terceira consulta, 12 semanas após o parto, e obteve uma pontuação de 8, o que não indica sinais de depressão. Este resultado sugere que, até ao momento, C está a adaptar-se bem, mas é importante continuar a vigilância, pois o apoio contínuo é fundamental para garantir o seu bem-estar emocional e o sucesso do vínculo com o bebé.

Prestação de cuidados ao membro T, da família Azul

O recém-nascido T, nascido de cesariana a termo, com um índice de Apgar de 9/10/10, peso de 3,3 kg (P50), estatura de 49 cm (P50) e PC de 34,5 cm P50). Foi realizado diagnóstico precoce ao 5º dia de vida. Está a ser alimentado exclusivamente com leite materno e demonstra um choro vigoroso. A primeira consulta foi realizada 16 dias após o nascimento de T, no domicílio. Verificou-se que o PNV estava atualizado, tendo o RN recebido a vacina contra a hepatite B (VHB). Foi ainda identificada a elegibilidade para a vacina BCG, T não é elegível. O cordão umbilical caiu ao 6.º dia de vida, no dia da consulta encontrava-se sem sinais inflamatórios, e os pais demonstraram conhecimento adequado para o cuidado do mesmo. O recém-nascido apresenta micções e dejeções frequentes, de características normais. Foi também realizada a avaliação do peso, apresentava 3,4kg, constatando-se uma evolução ponderal normal. Nos primeiros dias após o nascimento, é habitual que o recém-nascido perca até cerca de 10% do seu peso inicial, fenómeno designado por perda fisiológica de peso, decorrente sobretudo da eliminação de líquidos acumulados Intra útero e da adaptação metabólica à vida extrauterina. Esta perda costuma atingir o

máximo entre o terceiro e quinto dia, sendo esperada a recuperação do peso de nascimento até ao 10.º a 14.º dia. Assim, aos 15 dias de vida, o recém-nascido saudável já deverá ter recuperado e ultrapassado ligeiramente o peso inicial, iniciando a partir desse momento um ganho ponderal regular e sustentado (Direção-Geral da Saúde, 2013). Com base nesta avaliação, foram formulados os seguintes diagnósticos:

Quadro 8 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B

Foco de Atenção	Diagnóstico
Mamar	Sem mamar comprometido
Ligação Mãe-filho	Sem ligação mãe-filho comprometida
Sucção	Sem sucção comprometida
Ferida	Conhecimento da mãe (ou) pai para tratar do coto umbilical

Considerando estes diagnósticos não existiu necessidade de intervenção.

Família Rosa

Ao longo do acompanhamento à família Rosa, foram realizadas quatro consultas, uma no domicílio e três na USF, com uma duração média de 60 minutos cada. O primeiro contacto ocorreu após o nascimento de D, dando início a um acompanhamento estruturado. Desde a primeira abordagem, em outubro de 2024, até ao término do estágio profissional, a família mostrou-se disponível e ativamente envolvida nas consultas. A primeira consulta decorreu na USF, 28 dias após o parto, com a presença da puérpera e do RN. A segunda consulta realizou-se ao domicílio, permitindo a participação do casal e do RN. Já na terceira e quarta consulta, realizadas na USF, estiveram presentes a AC e o recém-nascido.

Para caracterizar a composição familiar e compreender a dinâmica relacional, foram utilizadas questões lineares dirigidas aos membros presentes. O Genograma e psicofigura de Mitchel elaborados refletem os vínculos entre todos os elementos do agregado familiar, evidenciando relações significativas e a influência mútua no seu quotidiano, conforme representado na Figura 8:

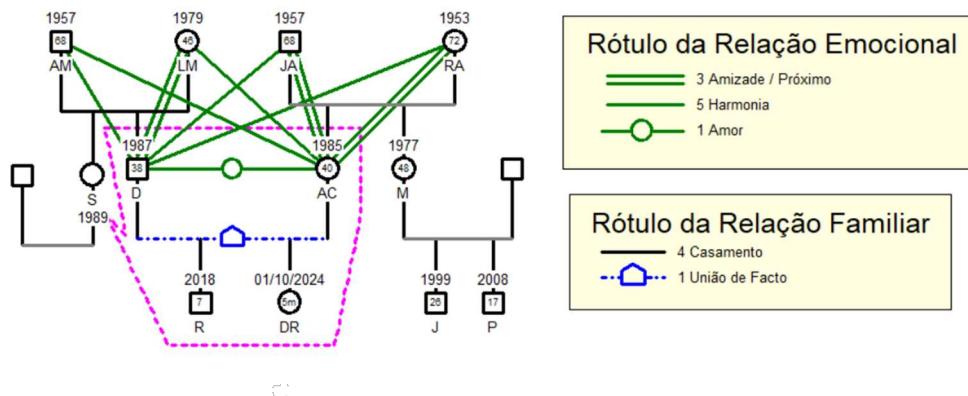


Figura 8 - Genograma da Família Rosa com Psicofigura de Mitchel

A análise do Genograma representado na Figura 8 permite identificar que a família Rosa é uma família nuclear, que detém o subsistema conjugal, subsistema parental e subsistema fraternal presentes, composta por um casal e dois filhos. AC, de 40 anos, tem um mestrado em assistência social, mas não exerce funções na área. D, de 38 anos, é chefe de vendas. O casal tem um filho, R, de 7 anos, que frequenta o primeiro ano do ensino básico e recentemente tiveram uma bebé, a DR (DN: 01/10/2024). A família reside num apartamento T3 de habitação própria. A gravidez foi planeada pelo casal. Os pais de AC vivem próximos e mantêm uma boa relação com a família. No passado, cuidaram de R até à sua entrada no pré-escolar, contudo, a mãe de AC já manifestou que não terá a mesma disponibilidade para ajudar com DR, pois foi diagnosticada com osteoporose e deseja continuar a frequentar hidroginástica e fisioterapia. Os pais de D vivem longe e, apesar de manterem uma relação positiva com o casal, não desempenham um papel de suporte devido à distância, sendo que a mãe ainda se encontra profissionalmente ativa.

Com base nas informações recolhidas sobre os subsistemas com os quais a família interage e os tipos de vínculos estabelecidos, foi elaborado o ecomapa representado na Figura 9.

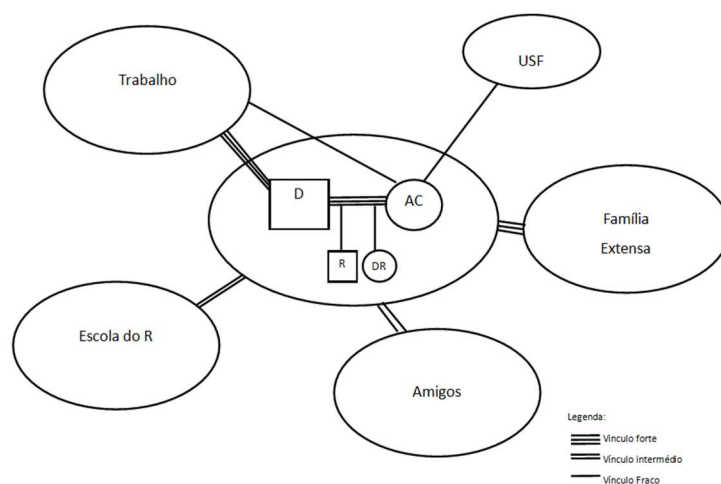


Figura 9 - Ecomapa da Família Rosa

A aplicação da Escala Adaptada de Graffar classificou a família no Grau II – Classe Média Alta, com 11 pontos. No critério da profissão, a família foi enquadrada no grau três, de acordo com os dados acima referidos. Já no critério de instrução, foi atribuída a classificação de grau um, dado que um dos elementos possui formação ao nível de mestrado. Relativamente à origem do rendimento familiar, os rendimentos provêm exclusivamente dos salários do casal, correspondendo ao grau três da escala. Quanto ao tipo de habitação, foi atribuído o grau dois, uma vez que a família reside numa casa espaçosa, confortável e bem conservada. Por fim, a localização da residência foi classificada no grau dois, por estar inserida numa zona de boa qualidade.

Considerando a matriz operativa do MDAIF e tendo em conta as especificidades da Família Rosa, foram avaliadas as áreas de atenção por dimensão descritas na Quadro 9:

Quadro 9 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Rosa, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do Rendimento Familiar
	Edifício Residencial	Tipo de Habitação
		Higiene da habitação

	Precaução de Segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Planeamento Familiar	Uso de Contracetivo
	Papel parental – família com filhos recém-nascidos	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do Papel
		Conflito do Papel
		Saturação do papel
	Papel parental – família com filhos na escola	Conhecimento do Papel
Adaptação da Família à escola		
Comportamentos de Adesão		
Dimensão Funcional	Processo Familiar	<i>Coping</i>
		Interação de papéis
		Relação Dinâmica

Ainda no âmbito da Dimensão Estrutural, a casa onde vivem encontrava-se limpa e organizada no dia da visita domiciliária, dispõe de aquecimento por ar condicionado e o casal não demonstra dificuldades na sua utilização. Não fazem utilização de gás. O abastecimento de água é garantido pela rede pública. A família não tem animais domésticos.

Com base nos dados apresentados, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, considerados recursos para a Família Rosa.

Na Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental. Apesar de na maioria das consultas apenas um membro do casal da Família Rosa ter estado presente, foi aplicada a abordagem sistémica na prestação de cuidados de enfermagem, considerando que a intervenção num indivíduo se repercute no funcionamento e bem-estar de toda a família.

No âmbito da satisfação conjugal, foram exploradas a relação dinâmica, a comunicação e a interação sexual. Relativamente à relação dinâmica, foram colocadas questões lineares, como: "Como dividem as tarefas domésticas em casa?", ao abordar este tema, AC revelou: "Fui sempre eu que fiz mais as coisas aqui de casa. O D não foi educado para realizar tarefas domésticas e, honestamente, eu também não fui educada a ver os homens a fazê-lo. Mas, depois de engravidar da D, tivemos uma conversa séria sobre isso e concordámos que ele teria de se envolver mais nos cuidados com os miúdos e com a casa." Perante esta afirmação, questionei: "E conseguiram implementar essa mudança?", AC respondeu: "Sim, em muitas coisas era inevitável. Agora, por exemplo, é o D que leva o R às atividades extracurriculares, porque eu simplesmente não consigo!", D consente e afirma que está mais envolvido nos cuidados a R. No seguimento desta resposta, questionei: "Sentem que agora essa divisão é justa?", AC sorri e confessa que: "Acho que está melhor, sem dúvida. Podíamos melhorar ainda mais! Ele ajuda muito pouco na cozinha e nenhum de gosta de cozinhar o que torna a tarefa ainda mais difícil, mas acabo sempre por ser eu!", à mesma questão D refere que sente satisfeito com a divisão das tarefas e que em relação à cozinha sugere muitas vezes opções: "Podemos ir buscar comida feita mais vezes...", mas AC preocupa-se com a alimentação da família e prefere refeições caseiras, os dados obtidos sustentam o diagnóstico **Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas**. Para avaliar o impacto do nascimento de DR no tempo que passam juntos em casal, foi colocada a seguinte questão: "Após o nascimento da DR, sente que houve impacto no tempo que passam juntos?", AC respondeu: "Sim, acho que sim... Ainda por cima, recentemente, o D aceitou uma promoção no emprego. Fico feliz por ele, mas a verdade é que isso implica mais horas de trabalho e, conseqüentemente, ainda menos tempo para nós (...)", acrescentou ainda: "(...) gostava que tivéssemos mais tempo juntos, mas compreendo que ele tivesse de aproveitar esta oportunidade". Perante estas respostas, questionei D: "O que sente em relação a esta mudança?", D refletiu: "Sinto falta de estar mais tempo com a minha família.", questionei também AC: "Como tem se sentido com este novo horário de D?" ao que C responde: "Sinto falta de estarmos mais

tempo juntos! E agora, com a bebé pequena, nem sequer tem dormido no mesmo quarto que eu. Como tem de acordar cedo para trabalhar, fui eu que sugeri que dormisse com o R, enquanto eu fico com a DR durante a noite no nosso quarto.", estes dados demonstram **Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**. No que diz respeito à comunicação, foram colocadas questões lineares, reflexivas e de escala, com a participação de D, o casal revelou-se satisfeito com a forma como comunica, destacando a partilha de expectativas e receios, bem como a existência de estratégias eficazes para lidar com conflitos. Quanto à interação sexual, procurou-se compreender o impacto da gravidez e do parto na vida íntima do casal, as respostas mostraram que estavam preparados para as mudanças inerentes a este processo. AC já tinha procurado a sua médica ginecologista devido à falta de lubrificação vaginal e, após orientação médica e o uso de lubrificantes adequados, referiu que, desde o parto, a intimidade do casal foi sendo retomada de forma natural, sem sinais de desconforto. O conhecimento sobre sexualidade no puerpério é essencial para que os casais enfrentem as mudanças físicas e emocionais que afetam a vida sexual após o parto (Cabral & Frigo, 2020b). Alterações hormonais, cansaço, dores perineais e desafios emocionais, como a DPP, podem reduzir a libido e a lubrificação vaginal, dificultando o retorno da intimidade. A comunicação entre os parceiros e o apoio de profissionais de saúde são fundamentais para uma adaptação saudável (Justino et al., 2021; Vasconcellos et al., 2022).

Desta forma, face aos dados obtidos foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal Não Mantida manifestada por Relação Dinâmica Disfuncional relacionada com Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e por Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**. Com o objetivo de melhorar a partilha das tarefas domésticas e aumentar o tempo que passam juntos, foram implementadas as técnicas de intervenção internacionais de conotação positiva e planeamento de Rituais Terapêuticos. Na segunda consulta, com o casal presente, foi realizado o planeamento dos rituais terapêuticos com o objetivo de melhorar o tempo que passam juntos. Procurei identificar momentos em que estivessem mais disponíveis para dedicar tempo a

sós, explorando a sua rotina diária. Definimos em conjunto como período mais favorável, a noite, após deitarem os filhos. Durante a conversa, AC referiu sentir falta de um jantar tranquilo com D, sem interrupções. Com base nisso, foi negociada a criação de um ritual semanal para jantarem juntos de forma mais especial. AC concordou e D acrescentou a ideia de encomendar comida, evitando o cansaço da preparação e tornando o momento mais relaxante e significativo. Na terceira consulta, AC partilhou que os rituais estabelecidos têm promovido mais momentos a dois, permitindo ao casal passar mais tempo junto de forma tranquila. Referiu que os jantares semanais se tornaram um momento especial de conexão, ajudando a melhorar a comunicação e o bem-estar da relação. Perante estes resultados positivos, foi reforçada a importância da continuidade destes momentos na dinâmica familiar.

Para melhorar a partilha de tarefas domésticas, adotou-se a conotação positiva como estratégia terapêutica para explorar a divisão das tarefas, reformulando percepções negativas e promovendo uma visão mais construtiva da dinâmica familiar. Reconheceu-se a frustração de AC, mas procurou-se atribuir um novo significado à situação, destacando as contribuições do marido noutras áreas da vida familiar. Esta valorização teve como objetivo reduzir o foco no conflito e estimular uma maior abertura ao diálogo e à mudança. Enfatizou-se a importância de encontrar soluções ajustadas às preferências de ambos, promovendo um equilíbrio na partilha das responsabilidades. Neste contexto, recorreu-se à conotação positiva ao transformar o gosto de D por tecnologia, que poderia ser visto como um obstáculo, num recurso. Assim, negociei com o casal a integração da Bimby®, que o casal já possuía, e da sua aplicação móvel na rotina familiar, tornando a preparação das refeições mais acessível e envolvente para D. Desta forma, cozinhar poderia tornar-se uma experiência mais agradável e até partilhada com R, fortalecendo a colaboração e o bem-estar familiar.

Na última consulta, AC partilhou a sua experiência com a nova estratégia para a partilha das tarefas na cozinha. Relatou que, na primeira tentativa, D aceitou estar presente, mas acabou por se manter no telemóvel, sem realmente se envolver na preparação do jantar. “Ficou ali, mas não fez nada... estava mais focado no telemóvel do que na comida,” descreveu, evidenciando a sua

frustração com a falta de participação ativa do parceiro. Contudo, numa segunda tentativa, decidiu mudar a abordagem e atribuiu-lhe tarefas específicas. “Desta vez, disse-lhe exatamente o que precisava que fizesse e ele já se envolveu muito mais,” contou, acrescentando que D acabou por executar grande parte do jantar de forma quase autónoma. AC reconheceu esta evolução como um progresso significativo, sentindo que a estratégia resultou melhor quando D teve um papel mais definido no processo. Apesar da melhoria, AC referiu que ainda é necessário continuar a trabalhar nesta mudança para que a participação de D se torne mais espontânea e equilibrada. “Já foi um avanço, mas ainda precisamos de insistir um pouco para que ele ganhe mais confiança e torne isto um hábito,” concluiu.

Considerando os resultados das intervenções realizadas é possível alterar o status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal Mantida**, tendo sido obtidos ganhos em saúde.

Relativamente ao Planeamento Familiar, o casal demonstrou que não planeia ter mais filhos. AC revelou que utiliza um método contraceptivo oral, prescrito pela médica de família e em concordância por ambos os membros do casal, evidenciando conhecimento sobre o seu uso correto. Perante esta situação, foi formulado o diagnóstico de **Planeamento Familiar Eficaz**.

Em relação ao **Papel Parental na família com recém-nascido**, no que respeita ao conhecimento das tarefas inerentes à nova etapa desenvolvimental, foram colocadas questões lineares sobre diversos temas fundamentais no cuidado ao bebé, como o aleitamento materno, cuidados de higiene, choro, sono e vigilância de saúde. Entre as questões colocadas destacam-se: “Como alimenta a DR?”, “Tem alguma dificuldade em relação à amamentação?”, “Como interpretam o choro do vosso bebé? Conseguem identificar diferentes tipos de choro?”, “Sabem em que posição devem colocar o T no berço para dormir?” e “Sentem-se à vontade com as rotinas de higiene, como o banho e a troca de fraldas?”, “Conhecem alguns dos reflexos naturais do bebé (como o reflexo de moro)?”, “O que observam quando o bebé reage a diferentes estímulos?”. No que diz respeito às características do RN e à vigilância de saúde preconizada, o casal

demonstrou lacunas de conhecimento, AC também referiu que sobretudo na última semana DR tem estado mais chorosa e contrai-se bastante, AC verbaliza desconhecer quais as estratégias mais adequadas a utilizar para aliviar os sintomas de DR. o que levou à identificação do subdiagnóstico **Conhecimento do Papel Não Demonstrado**. A avaliação dos comportamentos de adesão ao papel parental baseou-se principalmente no exame físico da bebé, na observação direta da bebé, bem como na interação do casal como o bebé e na consulta dos registos no SClínico-CSP®, com o objetivo de verificar a assiduidade às consultas de vigilância e o cumprimento do PNV. Os registos demonstraram assiduidade do bebé às consultas de vigilância, PNV cumprido, evidência de cuidados de higiene e sinais de vinculação. A formação de um vínculo afetivo sólido entre pais e recém-nascidos é essencial para o desenvolvimento saudável da criança. Comportamentos como o contacto pele com pele imediato após o nascimento, a amamentação, o colo e o envolvimento nos cuidados diários ao bebé, como o banho e a troca de fraldas, são fundamentais para fortalecer esta ligação. Além disso, a comunicação afetiva através do olhar, do toque e da voz transmite segurança ao bebé e fomenta a confiança entre pais e filhos. Estas interações iniciais não só promovem o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, como também criam uma base sólida para um relacionamento familiar harmonioso e enriquecedor (Lisboa & Fernandes, 2021). Com estes dados revelou-se o subdiagnóstico de **Comportamentos de Adesão Demonstrados**.

O casal mostrou **consenso do papel parental**, sem indícios de **conflito do papel parental**.

Na Dimensão de Desenvolvimento, foi identificado o diagnóstico de **Papel Parental Não Adequado relacionado com Conhecimento Não Demonstrado manifestado por Não Conhecimento dos pais acerca das características do RN e Não Conhecimento dos pais acerca da vigilância de saúde preconizada**. Para abordar esta lacuna, foi promovido o aumento do conhecimento sobre as características do RN e as consultas de vigilância de saúde preconizadas para o bebé. Em Portugal, as práticas de vigilância de saúde do recém-nascido seguem diretrizes da Direção-Geral da Saúde, incluindo uma

consulta médica nos primeiros 28 dias de vida e uma avaliação de enfermagem no domicílio até os 14 dias. O acompanhamento contínuo nos Cuidados de Saúde Primários, no primeiro ano de vida, inclui consultas aos 0, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses, com o objetivo de garantir o rastreio precoce de doenças e promover a saúde infantil. O Manual de Saúde Infantil e Juvenil reforça a importância de práticas preventivas e do acompanhamento contínuo (Direção-Geral da Saúde, 2013). Com o objetivo de melhorar o conhecimento do casal, foi implementada a intervenção de ensinar acerca da vigilância de saúde preconizada e das características do recém-nascido, tendo-se verificado melhorias significativas ao nível do conhecimento demonstrado. Com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pais sobre o tratamento das cólicas de DR foram realizadas intervenções como ensinar sobre estratégias para aliviar o desconforto do bebé, incluindo o posicionamento adequado para promover a eructação e reduzir a acumulação de gases, massagens abdominais suaves com movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio, promover o colo e o embalo como formas de acalmar o bebé. Além disso, foi reforçada a normalização das cólicas, caracterizadas por episódios de choro intenso e inconsolável em bebés saudáveis, geralmente ao final do dia (Trindade et al., 2020). Embora a causa exata das cólicas seja desconhecida, diversos fatores têm sido associados à sua ocorrência, como a imaturidade do sistema digestivo e nervoso central, alterações hormonais gastrointestinais, distúrbios da motilidade intestinal, desequilíbrios na colonização intestinal bem como fatores ambientais e psicossociais da família (Medeiros, 2024). Neste sentido e com o objetivo de proporcionar alívio para as cólicas de DR e promover um momento de conexão especial entre mãe e filho, sugeri à AC a participação no projeto de massagem infantil, conduzido por enfermeiros especialistas em saúde infantil e juvenil na UCC. AC acolheu a ideia com entusiasmo, reconhecendo os benefícios potenciais, e, na terceira consulta, realizámos a referenciação para que pudesse aproveitar esta oportunidade terapêutica.

Foi assim possível, após a implementação das intervenções, alterar o status do diagnóstico para **Papel Parental- Família com filhos com RN - Adequado** que se constitui agora como uma força e recurso para esta família.

Sendo esta uma família nuclear composta por dois filhos, um recém-nascido e uma criança em idade escolar, a avaliação do Papel Parental – Famílias com filhos na escola revelou-se fundamental para compreender de que forma os pais integram e respondem às necessidades específicas de cada filho, num momento de reorganização do sistema familiar. Foram avaliadas as dimensões de conhecimento do papel, adaptação da família à escola e comportamentos de adesão. Relativamente ao conhecimento do papel, foram colocadas questões lineares ao casal sobre os cuidados e rotinas essenciais nesta fase do desenvolvimento de R, com 7 anos de idade. Entre as questões destacam-se: “Como são têm sido os hábitos alimentares do R?”, “R tem mantido os seus horários de sono desde o nascimento da irmã?”, “Como têm gerido a higiene diária e a higiene oral do R?”, os pais revelaram conhecimento adequado relativamente às necessidades da criança, descrevendo rotinas alimentares equilibradas, horários de sono compatíveis com a idade, práticas regulares de higiene corporal e oral, e incentivo à autonomia nas atividades do quotidiano. Esta dimensão do papel parental é fundamental, uma vez que, como referem Figueiredo e Martins (2010), o exercício da parentalidade implica ajustamentos constantes às necessidades dos filhos, promovendo o seu crescimento saudável. No que diz respeito à adaptação da família à escola, os pais relataram ter reorganizado os seus horários profissionais e familiares com o objetivo de manter a estabilidade de R após o nascimento da irmã, garantindo o seu acompanhamento diário e assegurando a continuidade das suas rotinas escolares e extracurriculares (futebol e natação). Esta adaptação permitiu preservar um ambiente previsível e seguro, o que é especialmente relevante numa fase em que a criança pode experienciar sentimentos ambivalentes em relação à chegada de um novo irmão. O nascimento de um segundo filho pode desencadear ajustamentos emocionais e comportamentais na criança mais velha, exigindo dos pais uma gestão sensível da atenção e da vinculação (Volling, 2012; Zhang et al., 2023). Relativamente aos comportamentos de adesão, AC revela envolvimento consistente na vida escolar de R, demonstrado pela participação em reuniões escolares, acompanhamento das tarefas escolares e promoção da participação ativa em atividades extracurriculares, bem

como a vigilância de saúde adequada e cumprimento do PNV. Face aos dados recolhidos, foi identificado o subdiagnóstico **Papel Parental- Família com filhos na escola - Adequado**.

Em relação à Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas no âmbito da *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica, a comunicação já foi avaliada no âmbito da Satisfação Conjugal, uma vez que esta é uma família nuclear com filhos pequenos. No que respeita à resolução de problemas, as questões lineares colocadas revelam que AC é quem mais expressa os sentimentos, e também é AC que demonstra mais iniciativa na resolução de problemas, quando questionada: “Sente que a forma como discute os problemas com D é satisfatória?”, “Alguma vez recorreram a apoio externo para lidar com essas questões?”, AC revela que se sente satisfeita com a forma como discutem os problemas em família e que, quando foi necessário, recorreram ao apoio dos seus pais para os ultrapassar, nomeadamente durante o internamento hospitalar de DR. Este envolvimento da família extensa traduziu-se num recurso fundamental, que contribuiu para a gestão eficaz da situação e revela a existência de **Coping Familiar Eficaz**. No que se refere à interação de papéis, os papéis de provedor e gestão financeira estão a cargo de D, tendo esta situação sido acordada entre o casal, não existindo sinais de saturação ou conflito associados a estes papéis. O papel de cuidado doméstico mantém-se eficaz, conforme já avaliado anteriormente na satisfação conjugal. Relativamente ao papel recreativo, AC revela que normalmente é planeia os programas em família e que têm ajustado os planos de forma a integrar todos os elementos da família:” (...) quando não tínhamos a bebé íamos muitas vezes andar de bicicleta ou para a praia. Agora para irmos todos tem de ser mais umas idas ao parque, ou caminhar um pouco enquanto o R anda de bicicleta. AC revela que habitualmente é ela que desempenha o papel de parente e não relatou quais conflitos ou saturações relacionadas com estes papeis, descrevendo uma **Interação de Papéis Familiares Eficaz e Não Conflitual**.

Relativamente à relação dinâmica, AC revela que não existem na família ninguém com maior influência ou poder, bem como alianças ou coligações entre

os seus membros. No que se refere à coesão e adaptabilidade da Família Rosa, foi aplicada a escala FACES II a ambos os membros do casal, AC descreveu a família como ligada e muito flexível, caracterizando-a como uma família equilibrada, classificação que foi igualmente atribuída por D. Para a avaliação da funcionalidade familiar, recorreu-se à escala APGAR Familiar de Smilkstein, aplicada a ambos os membros do casal. De acordo com AC e D, a sua família é altamente funcional, tendo ambos atribuído uma pontuação total de 10 pontos.

Considerando os dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional, identificou-se o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional**, constituindo-se como uma força e recurso para a Família Rosa.

Prestação de cuidados ao Membro AC, da Família Rosa

A AC tem 40 anos, não apresenta hábitos de consumo de tabaco, álcool ou drogas. Não faz medicação habitual, encontra-se nesta fase a fazer suplementação alimentar com Gestacare Lactação→ 2 cápsulas por dia conforme prescrição médica. O PNV está atualizado e não há antecedentes clínicos relevantes. II. Para, com parto eutócico, sem complicações associadas. A primeira consulta com C. ocorreu cerca de quatro semanas após o parto, no domicílio. Encontra-se a amamentar o RN em exclusivo, sem complicações associadas. Revela que já não tem perda sanguínea vaginal. De acordo com estas informações foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Quadro 10 - Diagnósticos de enfermagem formulados para AC

Foco de Atenção	Diagnóstico
Adesão à Vacinação	Adesão à Vacinação
Humor	Sem humor comprometido
Gestão do Regime Terapêutico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
Comportamentos de adesão	Adesão ao regime Terapêutico
Lactação	Sem lactação Comprometida
Uso de Tabaco	Sem abuso de tabaco
Perda Sanguínea	Sem perda Sanguínea

Para avaliar o humor, foi aplicada a Escala de Edimburgo na segunda consulta com AC, aproximadamente sete semanas após o parto. O resultado foi 7, um

valor que não sugere um risco significativo de depressão, no entanto deve ser mantida a vigilância. Os autores salientam a importância da reavaliação posterior, nomeadamente aos 3 ou 6 meses pós-parto, especialmente quando a pontuação inicial é elevada (≥ 10 pontos), há suspeita clínica persistente ou existem fatores de risco associados, permitindo uma monitorização contínua da saúde mental da mulher (Cox et al., 1987). No seguimento desta avaliação, AC partilhou que, por vezes, se sente sozinha, uma vez que passa grande parte do tempo em casa com a DR. De forma a diminuir o tempo que passa só com DR e incentivar o convívio com outras puérperas, sugeri a participação no projeto de recuperação pós-parto promovido pela UCC. AC não só aceitou, como demonstrou entusiasmo com a proposta, pelo que foi realizada a referenciação.

Prestação de cuidados ao Membro DR, da Família Rosa

A recém-nascida DR, nascido de parto eutócico, a termo, com um índice de Apgar de 9/10/10, peso de 2,950kg (P25), estatura de 47,3 (P25) cm e PC de 35,5 cm (P75). Está a ser alimentada exclusivamente com leite materno e demonstra bons reflexos e choro vigoroso. A primeira consulta foi realizada 28 dias após o nascimento de DR, na USF. Verificou-se que o PNV estava atualizado, tendo o RN recebido a vacina contra a hepatite B (VHB) e a imunoglobulina específica para o vírus VSR (IgVSR) após o nascimento. Foi ainda identificada a elegibilidade para a vacina BCG, DR não é elegível. O cordão umbilical caiu ao 10º dia de vida, no dia da primeira consulta encontrava-se sem sinais inflamatórios, e AC demonstrou conhecimento adequado para o cuidado do mesmo. A recém-nascida apresenta micções e dejeções frequentes, de características normais. AC referiu que sobretudo na última semana DR tem estado mais chorosa e contrai-se bastante, AC verbaliza desconhecer quais as estratégias mais adequadas a utilizar para aliviar os sintomas de DR. Foi também

realizada a avaliação dos dados antropométricos constatando-se uma evolução ponderal normal.

Peso	Estatura	PC	IMC
3,83 kg (P30)	50,8 cm (P25)	37,5 (P97)	15,02 (P75)

De acordo com estes dados foram enunciados os seguintes diagnósticos:

Quadro 11 - Diagnósticos de enfermagem formulados para DR

Foco de Atenção	Diagnóstico
Mamar	Sem mamar comprometido
Ligação Mãe-filho	Sem ligação mãe-filho comprometida
Sucção	Sem sucção comprometida
Ferida	Conhecimento da mãe (e/ou) do pai para tratar do coto umbilical
Cólica	Cólica

Apesar do conhecimento demonstrado dos pais acerca dos cuidados ao coto umbilical e dos sinais de alerta, na segunda consulta realizada no domicílio, durante o exame físico a DR verifiquei a existência de rubor exacerbado e exsudado purulento na zona do umbigo, a situação foi referenciada para o médico e após observação médica DR ficou internada para cumprir antibioterapia e vigilância. A onfalite é uma infecção do coto umbilical, geralmente causada por bactérias como *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. Manifesta-se por vermelhidão, edema, calor local, secreção purulenta e, em casos mais graves, pode evoluir para celulite, septicemia ou fasciite necrosante (Celik et al., 2021). O tratamento inclui cuidados locais, antibióticos tópicos ou sistêmicos, dependendo da gravidade da infecção. A prevenção passa pela correta higiene do coto umbilical e pelo reforço da vigilância nas primeiras semanas de vida (López-Medina et al., 2019). Esta transição de saúde-doença impactou a família, mas os pais de AC prontamente se disponibilizaram a ajudar nas tarefas domésticas e nos cuidados com R, permitindo que AC se focasse em DR no hospital. D continuou com o trabalho e, quando necessário, substituiu AC no hospital e gerenciou as restantes tarefas domésticas. AC revela que apesar

de ter sido um período muito conturbado, o apoio dos pais e a rápida redefinição dos papéis familiares foram determinantes para atenuar o impacto dessa transição, tendo se revelado como uma força e recurso desta família.

A situação vivida pela família representou um momento de crise, decorrente da alteração súbita do estado de saúde de DR, que motivou internamento hospitalar. Esta ocorrência exigiu uma reorganização familiar imediata, nomeadamente através da redistribuição de tarefas e da redefinição de papéis. Os pais de AC, apesar de não coabitarem com a família nuclear, assumiram um papel ativo no apoio domiciliário, garantindo a continuidade dos cuidados a R e colaborando nas tarefas domésticas. D, por sua vez, manteve a sua atividade profissional, mas adaptou os horários para substituir AC no hospital sempre que necessário e assegurar o funcionamento da rotina familiar. AC reconhece que, apesar de ter sido um período conturbado, o envolvimento da família extensa e a agilidade com que os papéis foram reorganizados foram determinantes para reduzir o impacto emocional e prático da situação. De acordo com o Modelo de Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993), as famílias em situação de crise mobilizam recursos internos e externos e recorrem a estratégias de coping para restaurar o equilíbrio do sistema. Neste caso, observou-se a ativação de mecanismos de coping familiar eficazes, traduzidos pela coesão, partilha de responsabilidades e suporte mútuo, fundamentais para a manutenção da funcionalidade familiar perante a adversidade.

Foi realizada a avaliação do conhecimento dos pais relativamente aos cuidados a ter o DR após a alta hospitalar, bem como aos sinais de alerta que justificam vigilância clínica, tendo-se verificado que apresentam conhecimentos adequados sobre ambos os aspetos.

Família Verde

Ao longo do acompanhamento à família Verde, foram realizadas quatro consultas, uma no domicílio e três na USF, com uma duração média de 60 minutos cada. O primeiro contacto ocorreu após o nascimento de T, dando início a um acompanhamento estruturado, desde a primeira abordagem, em outubro de 2024, até ao término do estágio profissional. A data prevista de parto de T era

10/08/2024, que coincidia com os critérios de inclusão, mas o parto aconteceu às 37 semanas, a 21/7/24. A família mostrou-se disponível e ativamente envolvida nas consultas. A primeira consulta decorreu no domicílio, cerca de 2 meses e 27 dias após o parto, com a presença do casal e do bebé. A segunda e terceira consulta realizaram-se na USF, com a presença do casal e do bebé. Já na quarta consulta, realizada na USF, estiveram presentes o casal, S e o bebé.

Para caracterizar a composição familiar e compreender a dinâmica relacional, foram utilizadas questões lineares dirigidas aos membros presentes na primeira consulta. O Genograma e psicofigura de Mitchel elaborado reflete os vínculos entre todos os elementos do agregado familiar, evidenciando relações significativas e a influência mútua no seu quotidiano, conforme representado na Figura 10:

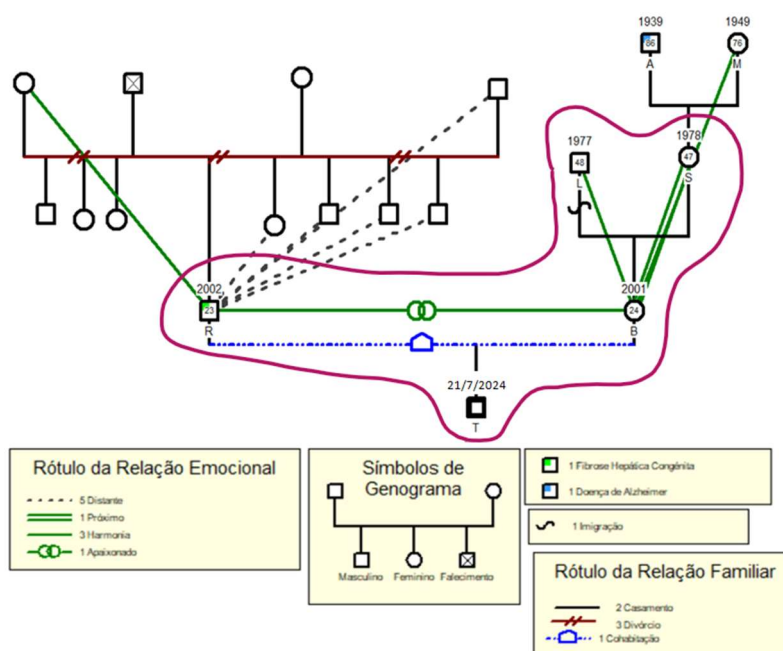


Figura 10 - Genograma da Família Verde

A análise do Genograma apresentado na Figura 10 permite concluir que a família Verde configura uma família alargada, na qual estão presentes os subsistemas conjugal e parental. A família é composta por dois casais: o primeiro, formado por L e S, que têm uma filha, B. Esta, por sua vez, mantém um relacionamento com R. B e R estão numa relação há cerca de dois anos e residem na mesma habitação que os pais de B, desde o nascimento de T. B tem 23 anos e estava

a terminar o ensino secundário quando engravidou. R, de 22 anos, está reformado por invalidez devido a uma fibrose hepática congénita, mas atualmente trabalha no turno da noite na doca para complementar o rendimento familiar. B planeia começar a trabalhar quando T for um pouco maior. S é funcionária num ginásio e trabalha durante o dia, enquanto L, o pai de B, trabalha como serralheiro na Bélgica. A família reside num apartamento T3, situado numa zona intermédia da cidade. De acordo com B, a gravidez foi planeada pelo casal. Nesta fase tem mantido pouco contacto com os amigos, à exceção de uma amiga com quem mantém contacto mais próximo e tem se relacionado mais familiares que se revelaram como um recurso importante.

Os pais de R estavam separados quando o pai de R faleceu, e atualmente ele não mantém contacto com a sua família paterna, da qual tem quatro irmãos. A mãe de R vive nas proximidades, mas não mantém uma relação frequente com o casal. R tem ainda três irmãos maternos com quem mantém contacto regular.

Com base nas informações recolhidas sobre os subsistemas com os quais a família interage e os tipos de vínculos estabelecidos, foi elaborado o ecomapa representado na Figura 11:

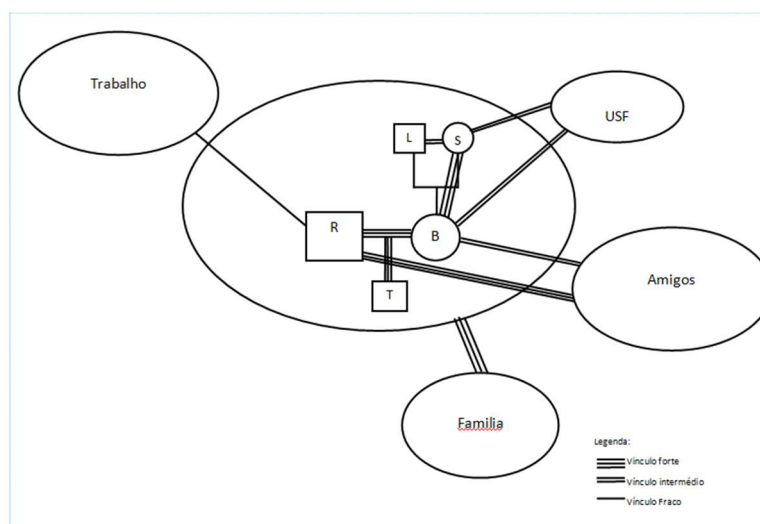


Figura 11 - Ecomapa da Família Verde

A aplicação da Escala Adaptada de Graffar Adaptada classificou a família no Grau três – Classe Média, com uma pontuação total de 16. No critério da profissão, a família foi enquadrada no grau quatro, uma vez que, nenhum dos

membros da família exerce uma profissão diferenciada, já no critério de instrução, foi atribuída a classificação de grau três, uma vez que B está a terminar o ensino secundário. Relativamente à origem do rendimento familiar, os rendimentos provêm exclusivamente dos salários dos pais de B e da reforma de R, correspondendo ao grau três da escala e o casal não demonstrou dificuldades na gestão do mesmo. Quanto ao tipo de habitação, foi atribuído o grau três, uma vez que a família reside numa casa bem conservada, com cozinha e eletrodomésticos essenciais. Por fim, a localização da residência foi classificada no grau três, por estar inserida numa zona intermédia.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família Verde por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no Quadro 12:

Quadro 12 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Verde, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do Rendimento Familiar
	Edifício Residencial	Tipo de Habitação
		Higiene da habitação
	Precaução de Segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
Animal doméstico	Existência de animal doméstico e conhecimento sobre vacinação e serviços da comunidade	
	Existência de desparasitação e conhecimento sobre serviços da comunidade	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Planeamento Familiar	Fertilidade
		Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional
		Uso de Contracetivo
		Conhecimento sobre reprodução
	Papel parental – família com filhos adultos	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflito do Papel
Saturação do Papel		
	Conhecimento do papel	

	Papel parental – família com filhos recém-nascidos	Comportamentos de adesão
		Consenso do Papel
		Conflito do Papel
		Saturação do papel
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação Familiar
		<i>Coping</i> Familiar
		Interação de papéis
		Relação Dinâmica

Ainda no âmbito da Dimensão Estrutural, no que se refere ao edifício residencial, a habitação da família enquadra-se num grau três, como já foi referido, na consulta domiciliária foi possível observar que a mesma não apresenta barreiras arquitetónicas, a higiene do espaço estava mantida e não dispõe de ar condicionado, aquecimento central ou gás canalizado. O abastecimento de água é garantido pela rede pública. A família tem um cão, de raça desconhecida, como animal doméstico que se encontra vacinado e desparasitado.

Com base nos dados apresentados, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, considerados recursos para a Família Verde.

Na Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Papel Parental. No âmbito da satisfação conjugal, foram exploradas a relação dinâmica, a comunicação e a interação sexual. Este casal vive de forma simultânea duas transições significativas: a formação de casal e a transição para a parentalidade, iniciando a coabitação apenas após o nascimento do primeiro filho. Esta sobreposição de etapas pode representar um acréscimo de exigências emocionais, relacionais e organizacionais, uma vez que a construção da identidade conjugal ocorre paralelamente ao ajustamento às novas responsabilidades parentais (Cowan & Cowan, 2000). De acordo com Meleis (2010), transições simultâneas podem aumentar a vulnerabilidade familiar, exigindo maior suporte para promover a adaptação saudável. Além disso, a Teoria do Desenvolvimento Familiar destaca que a ausência de um período prévio de consolidação da vida a dois pode afetar

a capacidade do casal em lidar eficazmente com os desafios inerentes à parentalidade precoce (Martin, 2018).

Relativamente à relação dinâmica, foram colocadas questões lineares, como: "Desde o nascimento do T como dividem as tarefas domésticas em casa?", "Como dividiam antes as tarefas e como dividem agora? Há diferenças?", ao abordar este tema, B revelou: "Vamos fazendo entre nós... todos ajudamos." "Eu passo muito tempo a tratar do T e o R trabalha à noite por isso durante o dia tem que descansar." "A minha mãe é quem faz mais coisas...", R não responde e B continua: "Antes do T nascer, o R não vivia aqui... era a minha mãe e eu que fazíamos o que era preciso". Perante esta afirmação, questionei: "Sentem-se satisfeitos com essa divisão de tarefas?" ambos responderam que sim. Para avaliar o impacto do nascimento de D.R. na relação dinâmica do casal e na satisfação acerca do tempo que passam juntos, foi colocada a seguinte questão linear: "Após o nascimento do T conseguem reservar tempo para vocês enquanto casal?, B responde que sim, sobretudo desde R se mudou para a casa onde vive com os pais, foi também colocada uma questão de escala dirigida a cada um dos membros do casal :” De 1 a 10 quão satisfeita se sente com o tempo que passa com o B/R?”, ambos atribuíram um 7 o que demonstra satisfação nesta área.

Quanto ao tempo que passam juntos, o casal afirmou que o tempo que passavam juntos era importante para ambos, tendo referido um grau 7 numa questão de escala relativa à satisfação com esse aspeto e referiram desde que vivem juntos esse tempo melhorou ainda mais. O tempo que os casais passam juntos é essencial para a satisfação conjugal, especialmente após serem pais. A qualidade das interações, incluindo a divisão equitativa das responsabilidades e a participação ativa no cuidado do filho, fortalece o vínculo e melhora a comunicação (Mack et al., 2023). A partilha desses momentos e outros em casal, ajudam a diminuir o *stress* e aumentam a sensação de apoio mútuo, contribuindo significativamente para a felicidade no relacionamento (Kowal et al., 2021). No que se refere à forma como cada um expressa os seus sentimentos, ambos referiram considerar que o parceiro partilhava os seus sentimentos. Foram ainda colocadas questões reflexivas, tais como: "Sente que o R/B compreende os seus

sentimentos?”, “E relativamente aos sentimentos do R/B, considera que os compreende?” e “Acredita que o seu parceiro partilha da mesma perceção?”. Ambos os elementos do casal responderam que se sentem compreendidos pelo parceiro e que compreendem os sentimentos expressos pelo outro, tendo igualmente a perceção de que o parceiro partilha desse sentimento de compreensão mútua. Desta forma podemos inferir o subdiagnóstico de **Relação Dinâmica Não Disfuncional**.

Na avaliação da comunicação verificou-se que o casal atribui uma grande importância à comunicação entre ambos. Questionados sobre se «Costumam conversar em casal sobre as vossas expectativas e receios?», ambos responderam afirmativamente. No entanto, relativamente à partilha efetiva dessas expectativas e receios, o casal apresenta opiniões distintas. Enquanto R considera que existe essa partilha, B discorda, referindo: «Eu acho que não, acho que o R não tem expectativas nenhuma, nem receios... Eu tenho receio de deixar o T, que o tratem mal!» e acrescentando ainda: «Tenho receio do que ele se possa tornar quando crescer. Foram ainda colocadas questões de escala no sentido de perceber como o casal resolvia as situações de discordância de opinião: «Durante a vossa relação, certamente já ocorreram momentos em que as vossas opiniões sobre um assunto não coincidiam. Numa escala de 0 a 100%, quanto acha que o R/a B tem em consideração a sua opinião?”. B responde: «Ui, já houve muitos! Acho que uns 70%», enquanto R responde com um sorriso: «Talvez um bocadinho menos... Mas já se sabe como são as mulheres, têm sempre de ter razão». Com base nestas respostas, questioneei o casal: «Podem dar-me um exemplo recente de uma situação em que discordaram e como a resolveram?». B respondeu: «Ainda há pouco discordámos sobre o tempo que eu devia ficar em casa com o T. Por mim ficava com ele até aos 2 anos, mas ele acha que não... Ainda não resolvemos!». Esta resposta revela que o **casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião**. O casal revelou ainda que costuma conversar sempre que está junto, mantendo também contacto regular através de telefonemas e troca de mensagens. Salientaram que, quando têm uma novidade, a prioridade é partilhá-la com o parceiro, demonstrando assim satisfação relativamente ao seu padrão de comunicação.

Foram colocadas questões lineares acerca da interação sexual, com o objetivo de avaliar a satisfação do casal em relação ao seu padrão atual de sexualidade e o conhecimento sobre esta temática nesta fase da vida. R e B referiram já ter retomado a atividade sexual após o nascimento de T, afirmando não terem surgido complicações nem dúvidas, e manifestando-se satisfeitos com a situação atual. O casal negou também a existência de alterações físicas ou emocionais que interferissem na sua relação sexual. Com base nos dados recolhidos para avaliação da área de atenção da Satisfação Conjugal, formulou-se o diagnóstico de **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Comunicação Não Eficaz manifestada por o casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião.**

Para ajudar a resolver a questão da discordância do casal relativamente ao tempo que B deveria dedicar-se exclusivamente ao cuidado de T, recorri, na segunda consulta, à técnica da Conotação Positiva, com o objetivo de promover uma perspetiva mais favorável e construtiva sobre o tema. Durante a consulta e após ouvir o casal, reconheci as intenções positivas de ambos, destacando que a mãe queria criar um forte vínculo emocional ao permanecer em casa até aos dois anos do bebé, enquanto o pai estava preocupado em garantir a segurança financeira da família: “Parece-me que ambos reconhecem a importância da dedicação e cuidado nesta fase do desenvolvimento do T. A B demonstra grande sensibilidade e empenho ao querer estar mais tempo com ele, e o R revela grande responsabilidade ao pensar no futuro da família como um todo”. Propondo um ambiente colaborativo, sugeri alternativas práticas, como horários flexíveis, a possibilidade de trabalho remoto ou até recorrer a apoios externos, de modo a integrar as preocupações de ambos. Em seguida, facilitei um diálogo, onde cada um partilhou como imaginava um cenário equilibrado, R propôs: «Acho que talvez possamos encontrar uma solução a meio-termo. Tipo, talvez fiques mais uns meses, mas depois começamos a ver opções flexíveis. Sei lá, meio horário ou algo assim?», ao que B responde:”. Sim, talvez. Assim vou-me ajustando aos poucos e ele também não tem uma mudança tão brusca. Podemos ver como corre!” Ao longo da conversa, reforcei os pontos de união entre os dois, sublinhando que ambos estavam motivados pelo amor e pela

preocupação com o bebê. Finalizei reconhecendo o esforço e a dedicação de ambos, promovendo um clima de cooperação e reforçando a coesão familiar. Desta forma o casal desenvolveu estratégias que pode utilizar no futuro para resolver assuntos em existe discordância de opinião. De acordo com estes dados infere-se agora o diagnóstico de **Satisfação Conjugal Mantida**.

No âmbito do Planeamento Familiar, o casal afirmou não ter planos para uma nova gravidez. Referiram que B faz uso de contraceção oral, sob orientação médica, evidenciando conhecimento sobre a forma adequada de utilização do método, no entanto B revela que receia não ser muito regular nas tomas por esquecimento, mas que desconhece que outras opções estão disponíveis. O casal demonstrou conhecimento acerca da reprodução. De acordo com estes dados foi formulado o diagnóstico **Planeamento Familiar Ineficaz Relacionado com Uso de Contraceptivo manifestado por Conhecimento não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos**.

Com o objetivo de promover o aumento do conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos compatíveis com a amamentação, foi realizada a intervenção ensinar acerca de métodos contraceptivos compatíveis com a amamentação, foi também providenciado material de leitura acerca das opções contraceptivas para que o casal tivesse oportunidade de refletir melhor e tomar uma decisão ponderada. A escolha do método contraceptivo durante a amamentação deve preservar a produção de leite e garantir a segurança do bebê. Os métodos mais recomendados incluem opções não hormonais, como o DIU de cobre, e métodos hormonais à base de progestagénio, como a minipílula, o implante de etonogestrel e o DIU com levonorgestrel, que não afetam significativamente a lactação(ACOG, 2020; DGS, 2015). Por outro lado, os contraceptivos combinados (estrogénio + progestagénio), como a pílula combinada ou o anel vaginal, não são recomendados nas primeiras seis semanas de amamentação exclusiva, pois podem reduzir a produção de leite. Entre as seis semanas e os seis meses, as evidências sobre os riscos do seu uso na amamentação ainda são limitadas, mas apontam para uma possível diminuição do volume de leite e da duração da lactação, podendo afetar o crescimento infantil (Grandi et al., 2024). A escolha do método deve ser

individualizada, tendo em conta as necessidades da mãe e a orientação clínica especializada (Pearlman Shapiro et al., 2022). Na última consulta, o casal revelou que refletiram acerca das alternativas contraceptivas possíveis e uma vez que se tem sentido bem e não tem havido esquecimentos, foi decidido para já manter o anticoncepcional oral com desogestrel. De acordo com estes dados foi possível enunciar o diagnóstico de **Planeamento Familiar Eficaz**.

Como já referido anteriormente, esta é uma família alargada, pelo que se demonstrou relevante avaliar o Papel Parental na Família com filhos adultos. Na última consulta, quando S esteve presente, foram-lhe colocadas questões lineares e reflexivas: “Considera que a vossa filha tem feito um caminho no sentido de ter mais autonomia?”, “Que conquistas de autonomia reconhecem nela?”, às quais S respondeu que notava uma maior maturidade e seriedade em B desde que foi mãe, mas que considerava que ainda tinha de evoluir no que toca à responsabilidade profissional, económica e ao planeamento do seu futuro. Durante a consulta, S descreveu a sua participação nas decisões de B como colaborativa, afirmando que dá a sua opinião quando solicitada, mas reconhecendo que é a filha quem toma as suas próprias decisões, geralmente com o apoio dos pais. Referiu sentir-se muito próxima de B e valoriza a relação que mantêm.

No que diz respeito aos **Comportamentos de Adesão**, S expressou tranquilidade face à eventual saída de casa de B com R e T, considerando-a uma mudança positiva para o futuro da família. Questionada sobre a necessidade de estabelecer regras de convivência com B, respondeu: “Temos algumas regras, como toda a gente que vive na mesma casa, mas ela já é adulta, tem um filho, não ando atrás dela.” Quando inquirida sobre o respeito pela privacidade da filha, afirmou que esta é respeitada. Quanto à inclusão dos parentes por afinidade e do neto, as questões lineares aplicadas permitiram concluir que S mantém uma relação harmoniosa com R, sentindo-se respeitada por ele, o que considera fundamental, sobretudo desde que vivem juntos. Em relação a T, o neto, verbalizou: “é um amor muito especial!”, evidenciando forte afeto e envolvimento. S revelou-se satisfeita com a relação que mantém com B, não demonstrando sinais de conflito nem cansaço relativamente ao papel que desempenha. Perante

os dados recolhidos, foi identificado o diagnóstico: **Papel Parental – Família com Filhos Adultos – Adequado.**

Em relação ao Papel Parental na família com recém-nascido, no que respeita ao conhecimento das tarefas inerentes à nova etapa desenvolvimental, foram colocadas questões lineares sobre diversos temas fundamentais no cuidado ao bebé, como o aleitamento materno e artificial, cuidados de higiene, dejeções, choro, sono e vigilância de saúde. Entre as questões colocadas destacam-se: “Como alimenta o T?”, “Tem alguma dificuldade em relação à amamentação?”, “Precisaram em algum momento de recorrer a leite artificial para alimentar o T?”, “Se precisarem, sabem como obter esse leite e como realizar a sua preparação?” “Como interpretam o choro do vosso bebé? Conseguem identificar diferentes tipos de choro?”, “Sabem em que posição devem colocar o T no berço para dormir?” e “Sentem-se à vontade com as rotinas de higiene, como o banho e a troca de fraldas?”, “Conhecem alguns dos reflexos naturais do bebé (como o reflexo de moro)?”, “O que observam quando o bebé reage a diferentes estímulos?”. O casal não demonstrou conhecimento sobre aleitamento artificial, o que levou à identificação do subdiagnóstico **Conhecimento do Papel Não Demonstrado**. Para a avaliação dos comportamentos de adesão ao papel parental, analisou-se a assiduidade dos pais nas consultas de vigilância, o cumprimento do PNV através dos registos no SClínico-CSP®, bem como a observação direta do recém-nascido/bebé durante o exame físico em consulta. Adicionalmente, foram colocadas algumas questões ao casal, como: “Com que frequência dão banho ao T?”. Os pais demonstraram adesão ao papel parental, evidenciando envolvimento e **consenso** na partilha de responsabilidades, sem indícios de **conflito**. De acordo com estes dados, foi identificado o diagnóstico de **Papel Parental Não Adequado por Conhecimento Não Demonstrado manifestado por Conhecimento Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial.**

Para abordar esta lacuna, foi promovido o aumento do conhecimento sobre o casal acerca de aleitamento artificial, que se revelou uma intervenção pertinente porque apesar de T ser amamentado em exclusivo, B refere que tem dificuldade em extrair leite e esta pode ser uma opção se B precisar de se ausentar, e para

isso o casal precisa de ter conhecimento acerca do leite adaptado adequado para T e a sua forma de preparação adequada. Apesar de possuir conhecimento adequado sobre o processo de extração de leite com bomba e de não apresentar qualquer problema técnico com o equipamento utilizado, B não consegue extrair leite em quantidade significativa. Esta dificuldade pode estar associada a fatores fisiológicos e emocionais, nomeadamente à inibição do reflexo de ejeção do leite, mediado pela ocitocina, que pode ser bloqueado por *stress*, ansiedade ou ausência do bebé durante a extração (Dewey, 2001). Mesmo quando há produção adequada de leite, a ausência de estímulos afetivos ou de um ambiente favorável pode comprometer a libertação do leite. Além disso, diferenças individuais nos níveis hormonais, como a prolactina, também podem influenciar negativamente a produção e a eficácia da extração (McGuinness & Frawley, 2025). Assim, a experiência de B ilustra como, mesmo em condições técnicas ideais, fatores emocionais e hormonais podem limitar significativamente a eficácia da extração de leite materno. Foram abordados com o casal aspetos essenciais, incluindo a escolha do leite adaptado adequado para T, que deveria ser prescrito pela médica de família ou pediatra em caso de ser necessário, bem como a sua preparação segura e as boas práticas de higiene na manipulação e conservação. O conhecimento dos pais sobre a preparação do aleitamento artificial é crucial para a segurança e nutrição do lactente. A OMS (2015) alerta que erros na preparação aumentam o risco de infeções gastrointestinais e desequilíbrios nutricionais. O casal demonstrou interesse e envolvimento, esclarecendo dúvidas e adquirindo conhecimentos fundamentais para garantir uma alternativa segura à amamentação, se necessário. Desta forma é possível identificar o diagnóstico de **Papel Parental Adequado**.

Em relação à Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas no âmbito da comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares e relação dinâmica. A recolha destes dados foi feita, sobretudo na última consulta onde estavam presentes o casal e S, através de questionamento circular e reflexivo. No que respeita à comunicação foram colocadas questões como: “Está satisfeito(a) com a forma como falamos sobre os vossos sentimentos?” foi colocada individualmente

a cada elemento da família, e todos manifestaram satisfação. Seguiram-se questões lineares e circulares sobre comunicação verbal e não verbal, nomeadamente: “Acha que a comunicação na vossa família é feita de forma clara e objetiva?” e “Acha que todos percebem claramente o que os outros elementos da família querem dizer?”. Os três membros concordaram que a comunicação entre eles era direta, precisa e compreensível. Abordou-se também a comunicação circular, sendo referido que havia partilha de ideias e opiniões entre todos. No que respeita ao *coping* familiar, este revelou-se eficaz uma vez que os elementos indicaram que as decisões eram tomadas de forma partilhada, mesmo considerando que R é presença recente, o que revelou **Comunicação Familiar Eficaz**. Relativamente à resolução de problemas, todos concordam que S é quem mais expressa os sentimentos, e também é S que demonstra mais iniciativa na resolução de problemas. No que se refere à interação de papéis, o papel de provedor está a cargo de L e a gestão financeira está a cargo de S, não foram manifestados sinais de saturação ou conflito associados a estes papéis. O papel de cuidado doméstico foi avaliado através de questões circulares e lineares: “Como dividem as tarefas em casa entre vocês?”, “Acham que S está satisfeita com a divisão de tarefas desde o nascimento de T?”, o casal respondeu que sente houve uma fase de habituação de S à presença de R e após o nascimento de T as tarefas aumentaram e inicialmente foi difícil de gerir, mas, entretanto, já nos organizamos, S concorda com o casal: “Não foi fácil enfermeira! Ainda me zanguei uma vez ou outra, mas já está tudo mais orientado!”. O papel recreativo é assumido por B, que demonstra ser “quem gosta mais de sair!” e o papel de parente assumido por S, os restantes membros concordam e desta forma, estes dados demonstram **Coping Familiar Eficaz**.

No que respeita à relação dinâmica, ninguém na família identificou um membro com maior influência ou poder, bem como alianças ou coligações entre os seus membros. A avaliação da coesão, adaptabilidade e funcionalidade familiar não foi realizada, uma vez que as condições da consulta não permitiram a aplicação das escalas FACES II e Apgar Familiar.

Considerando os dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional, identificou-se o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional**, constituindo-se como uma força e recurso para a Família Verde.

Prestação de Cuidados ao Membro B da Família Verde

A B, de 24 anos, é estudante, não tem hábitos de consumo de tabaco, álcool ou drogas. O PNV está atualizado. Não tem antecedentes clínicos relevantes. Teve uma gravidez vigiada de baixo risco. Parto eutócico, de termo. A primeira consulta com B ocorreu cerca de três meses após o parto, no domicílio. B tinha cerca de 53kg antes engravidar e durante a gravidez, não registou um aumento ponderal excessivo, cerca de 13 kg, nesta consulta referiu já ter voltado ao seu peso habitual e encontra-se a fazer suplementação alimentar com Gestacare Lactação→, 2 comprimidos por dia conforme indicação médica. Encontra-se a amamentar o RN em exclusivo, sem complicações associadas. Os diagnósticos identificados para B estão enunciados na Quadro 13:

Quadro 13 - Diagnósticos de enfermagem formulados para B

Foco de Atenção	Diagnóstico
Adesão à Vacinação	Adesão à Vacinação
Humor	Sem humor comprometido
Lactação	Sem lactação Comprometida
Uso de Tabaco	Sem abuso de tabaco
Uso de Álcool	Sem abuso de álcool

Na aplicação da EPDS, B obteve um score de 9, sugerindo ausência de sintomas significativos de depressão pós-parto, não necessitando de intervenção adicional. Ao longo das consultas subsequentes, manteve-se a vigilância do estado emocional materno, não se tendo identificado alterações de humor, sintomas depressivos ou sinais de ansiedade. Foi reforçada a importância do suporte familiar e do bem-estar psicológico, garantindo um acompanhamento contínuo durante o período pós-parto.

Prestação de cuidados ao membro T, da família Verde

O bebé T nasceu de parto eutócico, a termo, no dia 21/07/2024, com um índice de Apgar de 9/10/10, peso de 3,30 kg (P50), 50 cm de estatura (P50) e 34,5 cm de PC (P40), IMC de 13,2. A primeira consulta ocorreu cerca de três meses após o nascimento, onde se verificou que T estava a ser alimentado exclusivamente com leite materno, sem complicações. Apresentava micções e dejeções frequentes, revelava-se reativo e manifestava um choro vigoroso. O PNV encontrava-se atualizado. Foi ainda avaliada a elegibilidade para a vacina BCG, tendo-se concluído que T não era elegível. O coto umbilical encontrava-se cicatrizado. Procedeu-se também à avaliação do peso, 5,30 kg, constatando-se uma evolução ponderal dentro dos parâmetros esperados. Durante a visita, foram observados sinais de uma ligação mãe-filho bem estabelecida, evidenciada pelo contacto visual, resposta sensível da mãe às necessidades do bebé e uma interação afetuosa.

Quadro 14 - Diagnósticos de enfermagem formulados para T

Foco de Atenção	Diagnóstico
Mamar	Sem mamar comprometido
Ligação Mãe-filho	Sem ligação mãe-filho comprometida
Sucção	Sem sucção comprometida

Considerando estes diagnósticos não existiu necessidade de intervenção nesta consulta. O bebé T, nascido a 21/07/2024, foi acompanhado na USF em diferentes momentos do seu desenvolvimento, com avaliação do crescimento, vacinação e aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Na segunda consulta, com 3 meses e 15 dias, T apresentou um crescimento adequado, com 6,4 kg de peso (P50), 61 cm de estatura (P30) e 40 cm (P40) de perímetro cefálico, que corresponde a um IMC de 17,8. Foram reforçadas orientações sobre o *tummy time* e a importância da estimulação motora e da interação com os cuidadores. O *Tummy Time*, ou tempo de barriga para baixo,

é uma prática recomendada para bebés desde os primeiros dias de vida, pois favorece o desenvolvimento motor, fortalecendo os músculos do pescoço, ombros e tronco, essenciais para rolar, sentar e gatinhar (Mendres-Smith et al., 2020). Além disso, contribui para a prevenção da plagiocefalia posicional e está associado a um melhor controlo postural. Deve ser iniciado com sessões curtas de 3 a 5 minutos, aumentando gradualmente até atingir pelo menos 30 minutos diários até aos 6 meses (Hewitt et al., 2020; Williams & Galea, 2023)

Na terceira consulta, T tinha 4 meses e 13 dias, apresentava 7 kg (P50) de peso, 63 cm (P25) de estatura e 41 cm (P25) de perímetro cefálico. Foram administradas as vacinas dos 4 meses. Na Escala de Mary Sheridan, revelou avanços na coordenação motora, apoiando-se nos antebraços quando em posição ventral e tentando agarrar objetos. Ria socialmente, demonstrava interesse pelo ambiente e reconhecia rostos familiares. Foram reforçadas recomendações sobre estimulação motora e sensorial.

Na quarta consulta, T já tinha 5 meses e 20 dias, apresentava 7,8 kg (P50) de peso, 66 cm (P50) de estatura e 42 cm (P25) de perímetro cefálico. Foram discutidas orientações para a introdução da alimentação complementar e a manutenção do aleitamento materno. Na Escala de Mary Sheridan, demonstrou progressos motores, iniciando o movimento de rolar, levando os pés à boca e explorando objetos com as mãos. Na área social e da linguagem, reagia às expressões dos cuidadores e manifestava preferência por rostos familiares. Observou-se um vínculo mãe-filho bem estabelecido, evidenciado pelo contacto visual e pela resposta sensível da mãe às necessidades do bebé. Reforçaram-se orientações sobre segurança no lar e os próximos passos na vigilância infantil.

4.1.3 Avaliação dos resultados das intervenções nas Famílias em Transição para a Parentalidade

Atendendo às necessidades identificadas no decurso do processo de acompanhamento e com o propósito de apresentar, de forma estruturada, clara e concisa, a avaliação e intervenção realizadas junto de diferentes famílias em transição para a parentalidade, serão expostos, de seguida, os principais

resultados obtidos a partir das intervenções implementadas, bem os ganhos em saúde obtidos. Assim, o Quadro 15 demonstra a taxa de avaliação realizada face às dimensões de avaliação por número total de famílias avaliadas, considerando a matriz operativa do MDAIF e dos seus indicadores (Anexo VII):

Quadro 15 - Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às cinco famílias

Dimensão Estrutural	% (n)
Edifício Residencial	100 (5/5)
Rendimento Familiar	100 (5/5)
Precaução de Segurança	100 (5/5)
Abastecimento de Água	100 (5/5)
Animal Doméstico	40 (2/5)
Dimensão Desenvolvimento	% (n)
Satisfação Conjugal	100 (6/5)
Planeamento Familiar	80 (4/5)
Adaptação à Gravidez	40 (2/5)
Papel Parental	100 (5/5)
Dimensão Funcional	% (n)
Papel de Prestador de Cuidados	0
Processo Familiar	80 (5/5)

Como apresentado no Quadro 15, a dimensão estrutural foi avaliada em todas as famílias, alcançando uma taxa de 100% em cada um dos itens analisados. No que respeita à presença de animais domésticos, apenas duas famílias os possuíam, correspondendo a 40% do total. Na Dimensão do Desenvolvimento, em relação aos subsistemas conjugais, observou-se uma taxa de avaliação de 100% para a Satisfação Conjugal. Quanto ao Planeamento Familiar foi avaliado

em 80% das famílias enquanto a Adaptação à Gravidez foi avaliada em 40% uma vez que em 60% das famílias o primeiro contacto ocorreu após o nascimento do bebé. No subsistema parental, 100% das famílias foram avaliadas em relação ao Papel Parental. Por fim, na Dimensão Funcional, nenhuma das famílias tinha um membro dependente de cuidados de terceiros e, por isso, não foram avaliadas no âmbito do papel prestador de cuidados. A área de atenção Processo Familiar foi avaliada a 80% das famílias. O Quadro 16 demonstra os diagnósticos que requeriam intervenções em cada uma das dimensões avaliadas:

Quadro 16 - Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem

Dimensão Estrutural	% (n)
Edifício residencial não seguro	0 (0/5)
Edifício residencial negligenciado	0 (0/5)
Rendimento familiar insuficiente	0 (0/5)
Precaução de segurança não demonstrada	20 (1/5)
Abastecimento de água não adequado	0 (0/5)
Animal doméstico negligenciado	0 (0/2)
Dimensão Desenvolvimento	% (n)
<u>Satisfação Conjugal Não Mantida</u>	
◦ Relação Dinâmica Disfuncional	60 (3/5)
◦ Comunicação Não Eficaz	40 (2/5)
◦ Interação Sexual Não Adequada	20 (1/5)
◦	
<u>Adaptação à Gravidez Não Adequada:</u>	
◦ Conhecimento Não Demonstrado	0 (0/2)

- Comunicação Não Eficaz 50 (1/2)
- Comportamentos de Adesão Não Demonstrados 0 (0/2)

Papel Parental não demonstrado:

- Conhecimento do Papel Não Demonstrado 80 (4/5)
- Comportamentos de Adesão Não Demonstrado 0 (0/5)
- Consenso do Papel: Não 0 (0/5)
- Conflito do Papel: Sim 0 (0/5)
- Saturação do Papel: Sim 0 (0/5)

	Dimensão Funcional	% (n)
<u>Processo Familiar</u>		
◦	Comunicação Familiar Não Eficaz	20 (1/5)
◦	<i>Coping</i> Familiar Não Eficaz	0 (0/5)
◦	Interação de Papéis Conflitual	20 (1/5)
◦		
◦	Relação Dinâmica Disfuncional	0(0/5)
◦		

No que diz respeito aos diagnósticos que requeriam intervenções de enfermagem, como demonstrado no Quadro 15, na Dimensão Estrutural houve apenas necessidade de intervenção numa família no que respeita a precaução de segurança. Na Dimensão do Desenvolvimento, no Papel Parental, o critério de conhecimento do papel foi aquele que revelou mais necessidade de intervenção com cerca de 80%, também no subsistema conjugal, verificou-se

que cerca de 60% das famílias vivenciou uma satisfação conjugal não mantida. Relativamente à Adaptação à Gravidez, verificou-se que esta não estava adequada em 50% das avaliações. Por fim, na Dimensão Funcional, uma família enfrentou desafios na comunicação e Interação de Papéis, o que representa 20% das famílias em que esta dimensão foi avaliada. Estes dados destacam as áreas específicas em que as intervenções de enfermagem foram necessárias para responder às necessidades identificadas. A formulação dos diagnósticos permitiu um planeamento de cuidados mais preciso e direcionado, facilitando a definição de metas terapêuticas e a implementação de intervenções adequadas. Com base nos diagnósticos estabelecidos, foi possível elaborar um plano de cuidados estruturado e acompanhar de forma eficaz a evolução das famílias.

O Quadro 17, demonstra o número de famílias com diagnóstico positivado, apenas na família Amarela não houve tempo para intervir de forma a alterar o status do diagnóstico de Comunicação Não Eficaz e Interação de Papéis Familiares Não Eficaz na Dimensão Funcional, será assegurada a continuidade de cuidados pelo EC:

Quadro 17 - Ganhos em saúde como resultado da prestação de cuidados

Dimensão Estrutural	% (n)
Edifício residencial não seguro	0
Edifício residencial negligenciado	0
Rendimento familiar insuficiente	0
Precaução de segurança não demonstrada	100
Abastecimento de água não adequado	0
Animal doméstico negligenciado	0
Dimensão Desenvolvimento	% (n)
<u>Satisfação Conjugal Não Mantida</u>	
◦ Relação Dinâmica Disfuncional	66,7 (2/1)

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| ◦ Comunicação Não Eficaz | 50 (1/2) |
| ◦ Interação Sexual Não Adequada | 100
(1/1) |
| ◦ | |

Adaptação à Gravidez Não Adequada:

- | | |
|---|---|
| ◦ Conhecimento Não Demonstrado | 0 |
| ◦ Comunicação Não Eficaz | 0 |
| ◦ Comportamentos de Adesão Não Demonstrados | 0 |

Papel Parental não demonstrado:

- | | |
|--|--------------|
| ◦ Conhecimento do Papel Não Demonstrado | 100
(5/5) |
| ◦ Comportamentos de Adesão Não Demonstrado | 0 |
| ◦ Consenso do Papel: Não | 0 |
| ◦ Conflito do Papel: Sim | 0 |
| ◦ Saturação do Papel: Sim | 0 |

	Dimensão Funcional	% (n)
	<u>Processo Familiar</u>	
◦	Comunicação Familiar Não Eficaz	0
◦	<i>Coping</i> Familiar Não Eficaz	0
◦	Interação de Papéis Conflitual	0
◦		

◦ Relação Dinâmica Disfuncional

0

Os resultados dos diagnósticos positivados demonstram a eficácia das intervenções realizadas, refletindo-se em ganhos em saúde para as famílias. A taxa de sucesso de 64,3% evidencia o impacto positivo das intervenções de enfermagem nos diagnósticos identificados, reforçando a sua importância na promoção da saúde e bem-estar familiar. Ressalva-se que no caso de uma das famílias a avaliação dos resultados não se traduziu na alteração do *status* do diagnóstico uma vez que apenas dispunha da perspectiva de um dos elementos do casal, o que se traduziu nos resultados apresentados. Esta análise também permitiu refletir sobre a necessidade de continuar a intervenção nas famílias onde não se verificaram ganhos em saúde, bem como reconsiderar as estratégias adotadas.

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

Durante a recolha de dados realizada no estágio módulo I para caracterizar as famílias da LUEC, verificou-se a quase total ausência de documentação no programa “Saúde da Família” (PSF) do sistema de informação SClínico-CSP®, relativamente à avaliação e intervenção nas famílias. Este cenário evidenciou a importância da necessidade de intervenção nesta área, uma vez que a documentação dos cuidados de enfermagem é fundamental aumentar a visibilidade dos cuidados do EEESF, bem como para assegurar a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados, permitindo o registo das intervenções realizadas e a avaliação do estado de saúde do utente e suas famílias ao longo do tempo (Carpenito-Moyet, 2017).

A evolução dos sistemas de informação em saúde tem desempenhado um papel determinante na otimização destes processos, promovendo a uniformização dos registos, a redução de erros e a acessibilidade à informação clínica (Junior et al., 2023). Acompanhando as transformações tecnológicas e as crescentes exigências de qualidade e eficiência nos serviços de saúde. Inicialmente, os

registos clínicos eram realizados manualmente, em papel, o que dificultava a partilha de informação, a análise de dados e a coordenação entre os diferentes profissionais de saúde. Com a digitalização, surgiram sistemas computadorizados que permitiram a transição para um modelo mais estruturado e integrado, sendo o desenvolvimento e implementação do SClínico® dos CSP um marco nesse processo (Nascimento et al., 2021). Em 2024, o SNS concluiu a implementação do SClínico-CSP® em todas as unidades de CSP, unificando os sistemas de informação e descontinuando plataformas obsoletas como o SONHO, o SINUS e o MARTA (SPMS, 2024).

O SClínico-CSP® foi concebido para responder às necessidades específicas das equipas multiprofissionais dos CSP, integrando funcionalidades como a prescrição eletrónica, o registo padronizado de consultas, a gestão de agendas e a monitorização de indicadores de saúde. Este sistema está em constante evolução, beneficiando de atualizações regulares que refletem avanços tecnológicos e normativos. Por exemplo, a interoperabilidade com outros sistemas, como o PEM (Prescrição Eletrónica Médica) e o RSE (Registo de Saúde Eletrónico), garante que os dados dos utentes sejam partilhados de forma segura e eficiente entre diferentes níveis de cuidados, promovendo a continuidade assistencial (SPMS, 2019).

Além disso, a implementação de sistemas como o SClínico® tem contribuído para uma maior capacidade de análise e gestão da informação em saúde, permitindo a monitorização de indicadores de desempenho e o suporte à decisão clínica, administrativa e estratégica (SPMS, 2019). Este avanço reflete uma crescente valorização da informatização como ferramenta indispensável na promoção de cuidados de saúde mais acessíveis, equitativos e de elevada qualidade nos CSP (Neves, 2024). A sua implementação tem contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias, permitindo uma gestão mais eficiente e coordenada da saúde familiar (Oliveira et al, 2021).

Tendo em conta a importância do tema e a sua relação com a competência do EEESCSF, definida no Regulamento de competências específicas do EEESCSF da Ordem dos Enfermeiros (2018) — “Lidera e colabora em processos de

intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” — foi desenvolvido um processo formativo na USF. A formação profissional, entendida como um processo de aquisição de conhecimentos e competências, gera mudanças nos comportamentos e atitudes nos formandos, refletindo-se no seu desempenho e na eficiência da organização (Chavienato, 2014). Além disso, a formação contínua desempenha um papel fundamental na melhoria da prática clínica, sendo essencial para a evolução da governação clínica. Ao integrar processos formativos de qualidade e garantir uma documentação eficaz, promove-se a gestão da mudança e a adoção de novas formas de atuação e organização. Dessa forma, a governação clínica não só se fortalece, mas também se adapta, impulsionando a melhoria contínua dos cuidados prestados e dos resultados em saúde, com foco na qualidade e na eficiência dos cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

Reconhecendo a importância da documentação na prática de enfermagem e nos cuidados à família, foi planeada e implementada uma formação em serviço, em parceria com a colega de estágio Bárbara Fonseca, com o objetivo de promover mudanças, agregar valor às competências e atitudes dos profissionais, e assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde (Madureira, 2005).

Para que a formação em serviço seja plenamente eficaz, é fundamental realizar um planeamento adequado e ajustado às necessidades dos intervenientes. Nesse contexto, a elaboração de um plano de formação é essencial. Segundo Chiavenato (2014), o planeamento de formação organiza-se em etapas bem definidas. Inicia-se com o diagnóstico das necessidades, identificando lacunas de competências através de métodos como análise de desempenho e feedback. Segue-se a definição de objetivos claros e alinhados com a estratégia organizacional. No planeamento, estabelecem-se os conteúdos, o público-alvo, os métodos, os recursos e o calendário. A execução consiste na implementação das atividades previstas, garantindo um ambiente adequado e o envolvimento dos formandos. Posteriormente, realiza-se a avaliação e monitorização da eficácia da formação, utilizando feedback, avaliações de aprendizagem e resultados práticos, tendo sido tomada a decisão de recorrer ao modelo de

Kirkpatrick (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009). Por fim, o acompanhamento assegura melhorias contínuas e a aplicação prática das competências adquiridas (Chavienato, 2014).

Tendo em conta o exposto, foi desenvolvido um plano de formação em serviço que contemplou as várias etapas supracitadas. Este plano foi submetido à análise do tutor, que aprovou a sua implementação (Anexo VIII).

Para dar resposta à primeira etapa do processo formativo foi realizada na semana de 11 e 15 de novembro de 2024, uma auditoria à documentação existente no PSF nas listas de todos os enfermeiros da equipa, onde foram verificados dois contactos realizados nessa semana, de cada um dos enfermeiros, utilizando o instrumento de auditoria (Anexo IX). Desta auditoria verificou-se que apenas um dos oito enfermeiros da equipa realizavam algum tipo de documentação neste âmbito. Foi também aplicado aos elementos da equipa, um questionário elaborado para o efeito e baseado na matriz operativa do MDAIF, abrangendo as três dimensões e todas as fases do processo de enfermagem com o objetivo de Identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados no PSF do SClínico-CSP® (Anexo X). O questionário era constituído por duas partes, sendo que na primeira obteve-se informação para fazer uma caracterização sociodemográfica e profissional. Na segunda parte, as informações recolhidas objetivaram perceber se os enfermeiros possuíam formação sobre o MDAIF e enfermagem de saúde familiar. Num total de oito enfermeiros da equipa, aos quais foi aplicado o questionário, todos realizaram o seu preenchimento. Na análise dos resultados obtidos, verificou-se que 100% dos enfermeiros são do sexo feminino, que 62,5% dos enfermeiros apresentam Licenciatura, 32,5% completaram mestrado (ambas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem em Saúde Familiar), 37,5% realizou Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (uma em Reabilitação e outra em Saúde Infantil) e 12,5% tem Pós-Graduação em Cuidados Paliativos. Verificou-se também, que a média de anos de exercício da profissão como EF era de 17 anos. O Quadro 18 descreve e comprara os dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros, em dois momentos (antes e depois do processo

formativo), permitindo assim a comparação dos resultados obtidos. No questionário aplicado aos enfermeiros antes do processo formativo, vários referiram que, apesar de motivados para documentar os seus cuidados no “Programa da Família” não o faziam porque não sabiam como o fazer, ou devido à falta de tempo. Tendo em conta a importância da documentação no processo de conceção de cuidados e o seu impacto na organização e bem-estar da família enquanto cliente, foi considerado essencial desenvolver uma formação em serviço nesta área, promovendo também a visibilidade das intervenções do EEESF.

A segunda etapa do processo formativo corresponde à conceção e planeamento da formação, sendo desenvolvida a partir dos resultados obtidos no diagnóstico das necessidades formativas. Este processo envolve a conceção e estruturação dos conteúdos programáticos, considerando a população-alvo e o perfil desejado em termos de conhecimentos, habilidades e comportamentos. Inclui, ainda, a definição de objetivos pedagógicos, a modalidade de organização da formação, os métodos pedagógicos e de avaliação, bem como os recursos necessários para a sua implementação e o respetivo cronograma (Formosinho, 2009). Com a aplicação do questionário e a análise dos resultados obtidos, identificou-se a necessidade de abordar a avaliação da família orientada pelo MDAIF. Tal abordagem é essencial para que o enfermeiro realize uma avaliação completa e uma recolha de dados segura, possibilitando um conhecimento aprofundado das famílias e o desenvolvimento de intervenções adequadas. Para responder a esta necessidade, iniciou-se a terceira etapa do processo formativo, referente à implementação do programa de formação, executando-se o plano estabelecido na fase anterior, recorrendo a diversas técnicas para transmitir as informações essenciais e promover o desenvolvimento dos conhecimentos. Em primeiro lugar, realizou-se uma ação de formação na USF intitulada “Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do PSF, no dia 6 de dezembro de 2024, às 14:00 horas, com a participação de cinco profissionais da equipa de enfermagem (Anexo VII). Durante as fases da formação (introdução, desenvolvimento e conclusão), foram definidos os objetivos, o conteúdo formativo, as atividades, os métodos pedagógicos, os recursos necessários e a duração de cada etapa. O

plano de sessão foi elaborado (Anexo XII), incluindo a descrição da data, hora, duração total da formação e público-alvo. O processo formativo teve como objetivo geral contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do PSF do SClínico-CSP→ na avaliação e intervenção familiar referentes às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foram definidos objetivos específicos, nomeadamente: gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção; promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; contribuir para a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar. Para alcançar estes objetivos, foram também realizadas sessões de *coaching* individual com cada enfermeiro da equipa, com o intuito de acompanhar de forma personalizada e ativa o processo de documentação dos cuidados durante as consultas às famílias.

A adoção de metodologias ativas no ensino de enfermagem revela-se uma estratégia eficaz para promover aprendizagens significativas e desenvolver competências práticas e reflexivas. Segundo Freire (1996), a educação deve ser um processo libertador e centrado no aprendiz, estimulando a participação ativa, a reflexão crítica e o protagonismo na construção do conhecimento. Nesse contexto, metodologias como a aprendizagem baseada em problemas e a simulação clínica contribuem para a integração teoria-prática, permitindo aos profissionais de saúde aprimorar a sua capacidade de análise e tomada de decisão (Tanner, 2006). Além disso, enfatiza-se a importância de estratégias que promovam a reflexão e a experimentação, alinhando a aprendizagem às experiências reais vivenciadas no contexto dos cuidados de saúde familiar, o que resulta em intervenções mais seguras e eficazes (Benner et al., 2008). Assim, o processo formativo deve ser projetado para integrar abordagens dinâmicas e colaborativas, fortalecendo as competências dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados.

A quarta etapa do processo formativo, segundo Chiavenato (2014), corresponde à avaliação da formação, que é essencial para verificar a eficácia e o impacto do programa implementado. O modelo de Kirkpatrick, desenvolvido por Donald Kirkpatrick em 1959, amplamente reconhecido na área da formação e uma das abordagens mais referenciadas na literatura da avaliação da formação, apresenta quatro níveis que permitem uma análise progressiva e detalhada da eficácia de programas formativos (Gandra, 2021).

O primeiro nível do modelo de Kirkpatrick avalia a **Reação** dos participantes, nomeadamente o seu grau de satisfação com a formação. São considerados elementos como a qualidade dos conteúdos, a competência dos formadores e a organização da sessão. Este nível é tipicamente avaliado através de questionários de satisfação ou entrevistas, que fornecem dados sobre a aceitação do programa (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009). Nesta etapa foi aplicado um questionário aos participantes no final da sessão formativa, esse questionário foi estruturado de forma a recolher feedback detalhado em várias dimensões: conteúdos programáticos, desempenho das formadoras, condições organizacionais e avaliação global. A escala Likert utilizada (1 a 5) é típica em avaliações deste nível, permitindo quantificar as opiniões e facilitar a análise estatística dos resultados. O resultado obtido da aplicação dos questionários foi uma média de 4,99 de classificação.

O nível seguinte, a **Aprendizagem**, foca-se no que os participantes aprenderam durante o programa. Esse nível mede o aumento de conhecimento, mudança de atitudes ou o desenvolvimento de habilidades. Pode ser avaliado por meio de testes de conhecimento ou avaliações práticas, realizados antes e após a formação, para comparar o grau de aprendizagem dos participantes (Gandra, 2021). Neste processo formativo, foi aplicado o mesmo questionário do levantamento de necessidades, que avaliavam os conhecimentos dos formandos, 5 semanas após a formação, com o objetivo de comparar a evolução dos conhecimentos após a realização da formação. Os resultados do impacto da formação podem ser consultados no Quadro 18.

Quadro 18 - Desenvolvimento de Competências ao Longo do Processo Formativo

Questões realizadas	Respostas obtidas	Antes do processo formativo % (n)	Após o processo formativo % (n)
1. A Unidade tem recursos para que consiga efetuar registos de enfermagem no PSF?	Sim	62,5% (5/8)	87,5% (7/8)
	Não	37,5% (3/8)	12,5% (1/8)
Se respondeu "Não" à questão anterior, identifique os recursos que considera estarem em falta (pode optar por mais que 1 resposta)	Recursos humanos	66,7% (2/3)	100% (1/1)
	Recursos materiais	66,7% (2/3)	100% (1/1)
	Recursos logística	33,3% (1/3)	0% (0/1)
	Recursos organizacionais	100% (3/3)	100% (1/1)
	Outros	33,3% (1/3)	0% (0/1)
2. Considera importante realizar a documentação no PSF?	Sim	87,5% (7/8)	100% (8/8)
	Não	12,5% (1/8)	0% (0/8)
3. Costuma fazer documentação no PSF?	Sim	12,5% (1/8)	37,5% (3/8)
	Não	87,5% (7/8)	62,5% (5/8)
Se respondeu "Não" à questão anterior, qual o motivo?	Falta de tempo	71% (5/7)	80% (4/5)
	Não é importante	0% (0/7)	0% (0/5)
	Não sei como fazer	43% (3/7)	60% (3/5)
	Não considero prioritário	14,3% (1/7)	0% (0/5)
	Outro motivo	14,3% (1/7)	0% (0/5)
se respondeu sim, assinale onde o faz	PSF associado ao Processo Individual do membro da família	0% (0/1)	66,7% (2/3)
	PSF associado ao Processo Familiar	100% (1/1)	66,7% (2/3)
	Notas associadas ao Processo Individual do membro da família	100% (1/1)	100% (3/3)
	Notas associadas ao Processo Familiar	0% (0/1)	0% (0/3)
4. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?	Sim	75% (6/8)	100% (8/8)
	Não	25% (2/8)	0% (0/8)
5. Já teve formação sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?	Sim	62,5% (5/8)	100% (8/8)
	Não	37,5% (3/8)	0% (0/8)
Se respondeu "Sim" à questão anterior, em que contexto a realizou?	Curso de licenciatura em Enfermagem	0% (0/5)	0% (0/8)
	Unidades curriculares isoladas	0% (0/5)	0% (0/8)
	Cursos de pós-graduação	20% (1/5)	12,5% (1/8)
	Eventos científicos	0% (0/5)	0% (0/8)
	Formação em serviço	100% (5/5)	100% (8/8)
	Outros (Mestrado, Doutoramento, ...)	40% (2/5)	25% (2/8)

Transição para a Parentalidade: cuidar das famílias para a integração de um novo membro

	Sim	50% (4/8)	100% (8/8)
	Não		
6. Conhece as dimensões que integram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?		25% (2/8)	0% (0/8)
	Sem resposta	25% (2/8)	0% (0/8)
7. Relativamente à avaliação familiar, na dimensão estrutural são avaliados os seguintes focos (selecione as corretas):	Rendimento Familiar	25% (2/8) assinalou a resposta correta	100% (8/8) assinalou a resposta correta
	Edifício Residencial		
	Animal Doméstico		
	Processo Familiar		
	Papel Parental		
	Todas as anteriores		
8. O que entende por Genograma? Assinale a resposta errada .	Diferentes opções de resposta para descrever o Genograma	37,5% (3/8) assinalou corretamente a resposta errada	75% (6/8) assinalou corretamente a resposta errada
9. No foco Edifício residencial, a atividade diagnóstica é conduzida para diferentes focos. Selecione a opção errada :	Barreiras arquitetónicas	12,5% (1/8) assinalou corretamente a resposta errada	50% (4/8) assinalou corretamente a resposta errada
	Aquecimento		
	Abastecimento de gás		
	Higiene da Habitação		
	Animal Doméstico		
	Todas as anteriores		
10. Da dimensão avaliativa do desenvolvimento, quais são as áreas de avaliação? Selecione a correta .	Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental.	62,5% (5/8) assinalou a resposta correta	100% (8/8) assinalou a resposta correta
	Papel do Prestador de Cuidados e Processo Familiar.		
	Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Animal Doméstico.		
	Papel Parental, Adaptação à Gravidez e Processo Familiar.		
	Nenhuma das anteriores		
11. Sente-se motivado/a, caso ainda não o faça, para se iniciar a documentar no PSF?	Sim	37,5% (3/8)	75% (6/8)
	Não	50% (4/8)	25% (2/8)
	Sem resposta	12,5% (1/8)	0% (0/8)
12. Acredita que a sua participação nos registos do PSF pode favorecer a monitorização dos fenómenos de	Sim	100% (8/8)	100% (8/8)

Transição para a Parentalidade: cuidar das famílias para a integração de um novo membro

enfermagem e contribuir de forma relevante para a qualidade dos dados prestados enquanto "Enfermeiro de Família"?	Não	0% (0/8)	0% (0/8)
13. Na sua opinião, qual seria a melhor estratégia para melhorar o conhecimento da equipa acerca deste tema?	Formação em equipa	62,5% (5/8)	87,5%(7/8)
	Sessões individuais de mentoria	62,5% (5/8)	100% (8/8)
	Simulações	12,5% (1/8)	75% (6/8)
	e-learning	12,5% (1/8)	50% (4/8)
	Outros	0% (0/8)	0% (0/8)

As avaliações dos conhecimentos adquiridos foram analisadas no Grupo II do questionário. Nas questões relacionadas com o PSF e o MDAIF, nomeadamente as questões sete, oito, nove e dez, verificou-se uma melhoria do conhecimento em todas. No entanto, persistiram algumas dúvidas, com uma percentagem significativa de respostas incorretas, sobretudo na questão nove, em que apenas 50% dos enfermeiros responderam corretamente. Nas restantes, os resultados foram os seguintes: nas questões sete e dez, 100% dos enfermeiros deram a resposta correta; na questão oito, 75% dos participantes responderam corretamente. Os resultados indicam um aumento do conhecimento e do reconhecimento da importância da documentação na avaliação da família; contudo, a questão três revelou que 62,5% dos enfermeiros continua a não realizar estes registos.

O terceiro nível de avaliação, definido pela avaliação do **Comportamento**, este nível avalia se os participantes aplicam o que aprenderam no ambiente de trabalho. Ou seja, examina-se se houve uma mudança no comportamento dos participantes após a formação, como a adoção de novas práticas, métodos ou atitudes. A avaliação do nível três envolve o acompanhamento e a observação dos participantes ao longo do tempo, após a formação, para verificar se o conhecimento adquirido está a ser transferido para o contexto real de trabalho (Mira et al., 2011). Para dar resposta a este nível foi aplicado o mesmo instrumento de auditoria aos registos seis semanas após a ação de formação, e foram comparados os dados obtidos de forma a compreender a evolução dos conhecimentos, que se encontram descritas na Quadro 19:

Quadro 19 - Resultados obtidos com a aplicação do instrumento de auditoria da documentação dos cuidados no âmbito da ESF

Critério	Antes da Sessão Formativa % (n)	6 semanas após a Sessão Formativa % (n)
Parâmetros de Registo		
1. Apresenta registo no "Processo Familiar"	6,3% (1/16)	31,3% (5/16)
2. Associa o PSF ao processo clínico familiar	0% (0/16)	12,5% (2/16)
3. Associa o PSF ao processo clínico individual	0% (0/16)	0% (0/16)
4. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)

Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF		
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
6. Apresenta registos sobre o "Tipo de Família"	6,3% (1/16)	12,5% (2/16)
7. Apresenta registos sobre o "Classe Social"	6,3% (1/16)	12,5% (2/16)
8. Apresenta registos sobre o "Suporte"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
9. Apresenta registos sobre o "Abastecimento de Água"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
10. Apresenta registos sobre o "Habitação"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
11. Apresenta registos sobre o "Rendimentos"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
12. Apresenta registos da área "Precaução de Segurança"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
13. Apresenta registos da área "Animal Doméstico"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF		
14. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão do desenvolvimento do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
15. Apresenta registos sobre "Ciclo de <i>Duval</i> "	0% (0/16)	12,5% (2/16)
16. Apresenta registos sobre "Satisfação Conjugal"	0% (0/16)	12,5% (2/16)
17. Apresenta registos sobre "Planeamento Familiar"	0% (0/16)	0% (0/16)
18. Apresenta registos sobre "Adaptação à Gravidez"	0% (0/16)	0% (0/16)
19. Apresenta registos sobre "Papel de Parental"	0% (0/16)	0% (0/16)
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF		
20. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF	0% (0/16)	12,5% (2/16)
21. Apresenta registos sobre "Crenças"	0% (0/16)	0% (0/16)
22. Apresenta registos sobre "Papel de Prestador de Cuidados"	0% (0/16)	6,3% (1/16)
23. Apresenta registos sobre "Processo Familiar"	0% (0/16)	6,3% (1/16)

A documentação dos cuidados de enfermagem é fundamental para garantir a continuidade e a qualidade da assistência prestada. No entanto, diversos desafios comprometem a eficácia desse processo. Junior et al., (2023) identificou obstáculos como documentação incompleta, ausência de linguagem padronizada, sobrecarga de trabalho e a percepção da documentação como tarefa burocrática, fatores que comprometem a qualidade da assistência prestada. Além disso, a falta de tempo e a resistência à mudança também são apontadas como barreiras significativas na documentação de enfermagem (Nascimento et al., 2021). Para superar essas dificuldades, é essencial implementar ações que valorizem e capacitem os enfermeiros, além de melhorar as condições de trabalho, visando aprimorar a prática profissional e promover uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Barreto et al., 2019).

No quarto e último nível de avaliação do processo formativo descrito na abordagem multiníveis de Kirkpatrick, é o que se designa pela avaliação dos **Resultados**. Este nível mede indicadores concretos, como o aumento da

produtividade, melhoria da qualidade, redução de custos ou satisfação dos clientes, que refletem os benefícios obtidos com a formação, cujo objetivo foi verificar se o programa de formação cumpriu as necessidades para as quais foi concebido (Rusciolelli et al., 2020; Paul et al., 2024). A análise nesta etapa exige tempo e recursos, sendo essencial definir métricas claras e alinhadas aos objetivos organizacionais para avaliar se a formação contribuiu efetivamente para os resultados desejados (Soares et al., 2023). O processo de contratualização de indicadores nas USF envolve a definição de metas específicas que devem ser atingidas pela equipa multiprofissional, com base nas necessidades de saúde da população e nos recursos disponíveis. Este processo é realizado em colaboração com as ULS e visa estabelecer indicadores que permitam avaliar a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e os resultados em saúde. Após a contratualização, a monitorização do desempenho é realizada através do Índice de Desempenho de Equipa (IDE), que permite acompanhar a evolução dos indicadores contratualizados. A avaliação contínua do IDE facilita a gestão do desempenho, permitindo ajustes nas práticas e estratégias para assegurar o cumprimento dos objetivos e a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados, alinhando-os com as metas do SNS (SNS, 2024). Dos indicadores contratualizados, nenhum está diretamente relacionado com os cuidados prestados no âmbito da família e dos respetivos ganhos em saúde desses cuidados. Assim, torna-se fundamental desenvolver indicadores específicos, sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar, que sejam baseados no referencial teórico e operativo existente para a prática clínica nesta área. No entanto, devido a limitações temporais, não foi possível realizar este tipo de avaliação no presente contexto.

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva das experiências e atividades realizadas nas Unidades Curriculares "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II", com o objetivo de evidenciar as competências desenvolvidas durante o processo de formação. Fundamenta-se nas competências gerais do enfermeiro especialista, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE, que destacam a autonomia na planeamento, coordenação e prestação de cuidados especializados, a realização de diagnósticos e procedimentos avançados, e a atuação com base em evidência científica, promovendo a saúde e prevenindo doenças. Além disso, considera as competências específicas do EEECESF, descritas no Regulamento n.º 428/2018 da OE, que orientam a formação contínua e o trabalho em equipas multidisciplinares, com foco na qualidade, segurança e inovação dos cuidados. A articulação entre essas normativas permite compreender o desenvolvimento de um enfermeiro especialista, capaz de influenciar positivamente as práticas de saúde e promover uma abordagem holística e integrada dos cuidados. Neste contexto, destaca-se a necessidade de uma articulação eficaz entre os conhecimentos teóricos e as vivências práticas. Este percurso é fortalecido pela orientação de profissionais experientes, que oferecem feedback constante e incentivam uma análise crítica e reflexiva das experiências vividas. Essa interação dinâmica contribui para a consolidação de competências essenciais, como a comunicação assertiva, a liderança ética e a capacidade de tomar decisões fundamentadas — atributos imprescindíveis para garantir um desempenho de elevada qualidade e excelência profissional (Souza et al., 2022).

O processo de aprendizagem e aquisição de competências na enfermagem é um percurso contínuo e integrado, onde teoria, prática e reflexão convergem para formar profissionais qualificados e preparados para responder aos desafios dos cuidados em saúde (Palheta et al., 2020; Tardif, 2006). Ser competente é saber unir conhecimento, habilidade e atitude numa resposta eficaz, resolvendo problemas com discernimento e adaptando-se com agilidade a cada contexto (Le Boterf, 2018; Perrenoud, 2011)

Benner (2001), no seu modelo “From Novice to Expert”, descreve este desenvolvimento como uma progressão gradual ao longo de cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Cada etapa representa um aprofundamento na capacidade de interpretar, reagir e intervir em situações complexas, sustentando-se na experiência acumulada e na reflexão crítica sobre a prática.

Este modelo encontra ressonância na visão de Schön (2000), que introduziu o conceito de “profissional reflexivo”, salientando que a aprendizagem não se limita à transmissão de conhecimentos técnicos, mas se enraíza na capacidade de refletir na e sobre a ação. Tal abordagem é essencial para a prática em contextos imprevisíveis, permitindo que os enfermeiros transformem situações do quotidiano em oportunidades de aprendizagem, consolidando competências que integram tanto o saber técnico como o relacional.

Adicionalmente, autores como Kolb (1984), com o seu modelo de aprendizagem experiencial, reforçam a ideia de que o ciclo de aprendizagem – composto por experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experimentação ativa – é essencial para transformar a prática em conhecimento. Este modelo aplica-se de forma clara na Enfermagem, onde as vivências no terreno são constantemente analisadas, internalizadas e aplicadas de forma inovadora.

Assim, a aprendizagem em Enfermagem não se limita à aquisição de competências, mas constitui um processo de desenvolvimento pessoal e profissional profundamente interligado. É neste percurso, sustentado pela prática reflexiva e inspirado por teóricos como Benner (2001), Schön (2000) e Kolb (1984), que os enfermeiros se tornam profissionais capacitados, críticos e humanizados, comprometidos com a excelência nos cuidados de saúde e com a construção de relações terapêuticas baseadas na confiança e na empatia. Para facilitar a compreensão do contributo das ações e intervenções para as respetivas competências específicas, estas serão apresentadas na mesma ordem em que estão descritas no Regulamento n.º 428/2018 da OE.

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

O EEECESF desempenha a sua ação na promoção da saúde e no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, intervindo de forma holística e integrada nos diferentes níveis de prevenção. A sua atenção não se limita à família enquanto unidade de cuidados, mas estende-se também aos seus membros, compreendendo as suas dinâmicas, desafios e necessidades específicas.

Através do seu conhecimento, este profissional contribui ativamente para o aumento da literacia em saúde das famílias, capacitando-as para tomar decisões mais informadas e adotar comportamentos saudáveis e sustentáveis ao longo do ciclo vital (Ferreira et al., 2022). Desta forma, ao atuar tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente, promove a coesão familiar e melhora as interações intra e extrafamiliares (Silva, 2023). Com o objetivo de promover a saúde familiar, ao longo deste processo foi dada especial atenção ao estabelecimento de uma relação empática com os membros das famílias, respeitando o seu padrão de funcionamento em função da etapa do ciclo vital em que se encontravam. Procurou-se capacitar as famílias para reconhecerem as suas forças e recursos, identificarem as suas necessidades e desenvolverem soluções, utilizando as ferramentas exploradas durante as consultas.

Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

A abordagem da família na prática clínica, enquanto unidade sistémica, proporcionou uma maior compreensão da avaliação familiar, permitindo aprimorar a capacidade de intervir nas famílias em transição para a parentalidade. Este processo, repleto de dinâmicas transformadoras, exige uma atenção especial às necessidades específicas de cada família. Nesse contexto, as intervenções foram fundamentadas na evidência científica, assegurando uma adequação às realidades particulares de cada unidade familiar, apoiada por instrumentos de avaliação adequados e pela recolha detalhada de dados.

A partilha das experiências das famílias que se encontram em transição para a parentalidade, mais especificamente a vivenciar a integração de um novo membro, e as mudanças que essa transição implica foram um recurso essencial para enriquecer a tomada de decisões clínicas. A aplicação da matriz operativa do MDAIF possibilitou identificar, de forma precisa, as necessidades, forças e recursos de cada família, permitindo uma avaliação mais detalhada e ajustada ao contexto específico de cada uma.

Durante as consultas, os membros presentes demonstraram disponibilidade e abertura para partilhar as suas preocupações e opiniões. Além disso, foi-lhes oferecida flexibilidade na escolha dos horários das consultas, dentro das limitações do serviço. Em todas as famílias, pelo menos uma das consultas ocorreu no domicílio, promovendo o diálogo familiar com a presença de ambos os membros do casal (que não foi possível apenas com uma família). Este ambiente familiar, por ser mais acolhedor, favoreceu a relação terapêutica e permitiu uma avaliação mais precisa uma vez que permite a recolha de dados por observação bem como a avaliação da dimensão Estrutural do MDAIF.

A chave para o sucesso deste processo foi o envolvimento ativo dos membros da família em cada etapa da transição, respeitando e valorizando as suas perspetivas e forças. Este processo colaborativo ajudou a estabelecer uma relação terapêutica sólida e profunda, construída sobre a confiança e o respeito mútuo. A presença de *rapport* foi essencial para criar um espaço de diálogo aberto e acolhedor, que facilitou a adaptação dos membros da família à nova realidade, promovendo uma comunicação efetiva, bem como um ambiente seguro e saudável.

As famílias foram incentivadas a dar continuidade aos planos de cuidados co construídos, sempre com o intuito de alcançar os objetivos desejados, promovendo a saúde da família e o bem-estar dos seus membros. Cada interação focou-se em reforçar os pontos fortes de cada família, cultivando a relação terapêutica de forma contínua, facilitando a integração do novo membro e garantindo que a família se ajustasse de maneira saudável a esta nova fase. Em algumas famílias, surgiram desafios para envolver todos os membros de

forma ativa no processo de cuidados, devido a vários fatores. A incompatibilidade de horários entre a disponibilidade da USF, a disponibilidade dos membros das famílias e a necessidade de conciliar o meu horário de trabalho com o estágio foi um dos obstáculos. A resistência a mudanças na dinâmica familiar também pareceu contribuir para uma participação mais limitada. Outro fator relevante foi o fato de alguns membros das famílias não serem utentes daquela USF, o que dificultou a integração completa no processo de cuidados. A construção de uma relação terapêutica sólida, que permitiria uma abordagem mais integrada e um maior compromisso coletivo, exigiria uma intervenção contínua ao longo do tempo, algo que foi limitado pela duração do estágio. No entanto, é importante compreender que a baixa participação de alguns membros das famílias pode ser influenciada por vários fatores, e cada situação exige uma abordagem cuidadosa, adaptada às necessidades e realidades da família.

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Numa primeira abordagem às famílias, recorreu-se à análise dos processos clínicos familiares e individuais através do SClínico-CSP®, com o objetivo de obter uma perspetiva integrada sobre o estado de saúde da família (verificou-se que os registos neste âmbito eram muito escassos) e de cada um dos seus membros. Este trabalho foi complementado com a recolha de informações junto da equipa de saúde familiar.

Desde o início, foi incentivado às famílias que partilhassem as suas narrativas, com o objetivo de recolher informações para a avaliação familiar e perceber as histórias que cada membro tinha para revelar. Esta abordagem ajudou a construir uma relação de confiança e proporcionou dados mais detalhados sobre a estrutura e o histórico familiar. Com base nesta informação, foi desenvolvido um Ecomapa e um Genograma familiar. De acordo com as especificidades de cada família, foi realizada uma avaliação orientada pela matriz operativa do MDAIF, abrangendo as suas três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. As áreas avaliadas incluíram aspetos como o rendimento familiar, as condições habitacionais, a segurança, o abastecimento de água, a presença de animais domésticos, a satisfação conjugal e o funcionamento do sistema familiar.

Para além da recolha de informações recolhidas, foram considerados dados de observação direta, essenciais para compreender a dimensão estrutural, bem como a análise das interações e comunicação não-verbal entre os membros da família. Este conjunto de dados revelou-se indispensável para construir uma visão mais detalhada e aprofundada sobre o estado global de saúde das famílias avaliadas.

Para a avaliação familiar, foram utilizados diversos instrumentos que permitiram uma análise detalhada e multifacetada. O Ecomapa, a Escala de Graffar Adaptada, possibilitaram compreender as dinâmicas familiares e os fatores que influenciam a saúde. Além disso, com recurso à utilização do APGAR Familiar de Smilkstein e a escala de Faces II, avaliou-se a capacidade das famílias para se manterem coesas, adaptarem-se a mudanças e prestarem apoio mútuo. Esta análise revelou a sua força na superação de desafios e a forma como gerem processos de transformação, sublinhando a importância da coesão e da adaptabilidade como pilares essenciais para o bem-estar e a resiliência familiar.

As crenças e a cultura familiar foram também exploradas, com foco no impacto que estas exercem na saúde e nas decisões futuras. Como exemplo, destacou-se a crença cultural da família Rosa, que, ao valorizar o casamento, reforçou a aceitação de um dos membros do casal na divisão de tarefas.

Ao nível individual, recorreu-se à Escala de Edimburgo, para identificar o bem-estar materno, a utilização deste instrumento de avaliação visa identificar precocemente sinais de DPP em mulheres, promovendo intervenções adequadas para a sua saúde mental.

Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

A prática de enfermagem, também no âmbito da saúde familiar, exige a mobilização de conhecimentos específicos, tanto da área da enfermagem como de outras ciências, para sustentar o raciocínio clínico e orientar os cuidados prestado às famílias. Para tal, foram utilizadas as evidências mais recentes em enfermagem e áreas relacionadas, assegurando uma abordagem atualizada.

No contexto da transição para a parentalidade, foi realizada uma colheita detalhada de dados sobre os antecedentes familiares, as relações entre os membros, o estado de saúde e os padrões de resposta a essa transição complexa. A chegada de um novo membro à família é um momento de grandes transformações, e é essencial compreender como os futuros pais lidam com os desafios da gravidez, do parto e dos primeiros tempos de vida da criança

Além disso, foi avaliada a reciprocidade entre os membros da família e o ambiente familiar, considerando a etapa do ciclo vital da família e as transições individuais de cada membro. A transição para a parentalidade representa uma mudança significativa não só na vida do casal, mas também no relacionamento com outros membros da família, e o apoio adequado a esse processo é essencial para o bem-estar de todos.

Este processo de monitorização permitiu avaliar as respostas das famílias à transição para a parentalidade, possibilitando intervenções ajustadas às necessidades de cada contexto, promovendo uma adaptação saudável e equilibrada a essa nova fase.

Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

A prática do enfermeiro de família fundamenta-se na aplicação do conhecimento científico mais atualizado, garantindo cuidados ajustados às especificidades de cada família. A tomada de decisão clínica e a implementação de intervenções foram sustentadas por diretrizes baseadas na melhor evidência disponível, assegurando que os cuidados prestados fossem não apenas adequados, mas também sustentáveis e centrados nas reais necessidades das famílias. Além disso, este compromisso com a prática baseada na evidência promove a atualização contínua dos profissionais, incentivando uma aprendizagem permanente e a melhoria constante da qualidade assistencial.

Em colaboração com as famílias, foram estabelecidas metas adaptadas aos seus projetos de saúde, garantindo um ambiente seguro durante as consultas, quer na USF, quer no domicílio. Para auxiliar as famílias na reinterpretação das

suas dificuldades e na construção de novas perspectivas sobre os desafios vivenciados, foi utilizada a entrevista familiar sistémica, permitindo a reformulação das informações partilhadas.

Como suporte teórico e metodológico, foi utilizada a matriz operativa do MDAIF, que serviu de guia na estruturação das intervenções e na análise dos processos familiares. Esta ferramenta permitiu uma avaliação contínua e ajustada, facilitando a compreensão das dinâmicas familiares e a adequação das estratégias implementadas às necessidades específicas de cada família.

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

A promoção e recuperação do bem-estar familiar em situações complexas, particularmente nas famílias em transição para a parentalidade, exige uma abordagem personalizada, que considere os desafios únicos vivenciados nestas famílias. Este processo de transição, marcado pela chegada de um novo membro à família, traz consigo mudanças significativas nas dinâmicas familiares e pode gerar sentimentos de ansiedade, incerteza e pressão emocional.

Foram desenvolvidas intervenções específicas para responder às necessidades das famílias, considerando a complexidade das transições vividas, como a reorganização das dinâmicas familiares e a adaptação aos novos papéis. Na abordagem individual, a entrevista motivacional foi uma ferramenta estratégica essencial, permitindo explorar, de forma empática e sem julgamento, as preocupações e motivações dos futuros pais. Esta abordagem facilitou a construção de um plano de cuidados colaborativo, no qual as famílias participaram ativamente na definição de metas para o seu bem-estar e adaptação à parentalidade.

Com esta compreensão holística das necessidades familiares, foram elaborados planos de cuidados personalizados, focados em promover a capacitação dos pais e fortalecer as suas competências emocionais e práticas. O acompanhamento contínuo, tanto nas consultas como no domicílio, garantiu a

eficácia da intervenção, proporcionando suporte emocional e contribuindo para o bem-estar global da família durante esta fase de transição.

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.

A transição para a parentalidade é um momento de transformação profunda para as famílias, marcado por desafios, expectativas e o desejo de oferecer o melhor cuidado ao novo membro. Facilitar esta adaptação exige uma abordagem cuidadosa e personalizada, que vá além das necessidades imediatas e reconheça o impacto emocional e relacional desta nova fase. Nas consultas, as famílias foram incentivadas a partilhar as suas histórias e sentimentos, revelando tanto as suas preocupações quanto as pequenas conquistas nas transições já vividas. Este processo de partilha e reflexão ajudou a identificar as forças da família, bem como as áreas de vulnerabilidade, permitindo uma compreensão mais clara das dinâmicas familiares.

Através dessa análise, foi possível compreender como os pais, o bebé, a comunidade e o sistema de saúde interagem neste período de mudança. A utilização do Ecomapa permitiu identificar redes de apoio e recursos externos, como familiares, amigos ou recursos da comunidade, poderiam facilitar a transição. Um exemplo disso foi, na Família Rosa, o apoio fundamental dos pais de AC para superar a situação de transição saúde-doença, criando uma rede de suporte essencial para o bem-estar da família.

Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

No compromisso com a prática de enfermagem de saúde familiar, foi adotada uma abordagem reflexiva e colaborativa, valorizando a supervisão e a orientação como ferramentas fundamentais para o aperfeiçoamento profissional. A interação com as professoras orientadoras e o EC permitiu não só aprofundar conhecimentos, mas também refletir continuamente sobre as estratégias de intervenção junto das famílias, garantindo uma prática mais adequada.

O desenvolvimento profissional foi impulsionado pela participação ativa em ações de formação, essenciais para a consolidação e atualização de

competências. A frequência na II Conferência para profissionais de saúde - Aleitamento materno (Anexo XIII) para todos, permitiu a aquisição de conhecimento atualizado acerca da temática que se revelou pertinente na intervenção das famílias. A participação na Comemoração do Dia Internacional da Família promovido pela Sociedade Portuguesa de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Norte, e a participação com uma comunicação livre (Anexo XIV) no Primeiro Congresso Internacional de Saúde Familiar promovido pela Universidade de Aveiro, proporcionou contacto com abordagens inovadoras e reforçou a importância de integrar a evidência científica na tomada de decisão clínica. Para além da formação formal, o desenvolvimento profissional aconteceu também através da análise da evidência científica mais recente sobre a ESF, tanto a nível nacional como internacional, e da consulta das normas, regulamentos e programas em vigor em Portugal, que orientam a prática. Destacam-se, entre estes, os regulamentos aprovados pela OE para a regulação dos cuidados especializados e os programas de saúde prioritários enquadrados no Plano Nacional de Saúde, de salientar também a troca de experiências com colegas como uma mais-valia na abordagem de famílias em contextos complexos, promovendo um olhar mais abrangente e sistémico sobre os desafios da saúde familiar.

Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

A avaliação das intervenções junto das famílias foi conduzida através de questionamento aberto, incentivando a partilha de experiências e perceções sobre os cuidados prestados. A família Rosa refletiu sobre o impacto do ritual familiar, enquanto a família Azul abordou a importância da partilha de emoções entre o casal. De forma transversal, analisou-se a eficácia das estratégias implementadas no apoio às famílias e aos seus membros.

O feedback positivo destacou a relevância das abordagens adotadas, evidenciando ganhos em saúde e melhorias na dinâmica familiar. Para validar os efeitos das intervenções, compararam-se os estados de saúde antes e depois da sua aplicação, utilizando os indicadores do MDAIF. As respostas das famílias

e os progressos alcançados foram monitorizados e documentados ao longo das consultas, sendo a sua análise detalhada apresentada neste relatório.

Todas as intervenções foram devidamente documentadas nos processos clínicos individuais e da família no sistema SClínico-CSP®, garantindo que as necessidades de saúde e bem-estar da família fossem atendidas de forma coordenada e eficaz.

5.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O EEECESF assume um papel central na liderança e colaboração dos processos de intervenção junto das famílias. A sua atuação visa promover a autonomia e resiliência familiar, coordenando equipas, articulando recursos e garantindo cuidados integrados e ajustados às necessidades específicas de cada família.

Além de planear, implementar e avaliar intervenções em saúde familiar, o EEECESF capacita outros profissionais, fomentando um ambiente de aprendizagem e melhoria contínua. Dessa forma, assegura uma resposta qualificada e sustentável, fortalecendo o bem-estar e a coesão familiar ao longo do ciclo vital.

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários à família

A colaboração intra e interdisciplinar foi fomentada através da referenciação de famílias e membros que, pelas suas necessidades específicas, beneficiavam de uma abordagem multidisciplinar. O trabalho articulado entre a enfermeira de família, o médico de família, os assistentes técnicos, a equipa da UCC e a equipa hospitalar permitiu a criação de momentos de reflexão conjunta, sempre com o consentimento das famílias, assegurando uma resposta mais abrangente e ajustada às suas necessidades em saúde.

Aprofundou-se o conhecimento sobre os recursos e serviços de saúde disponíveis na comunidade, dirigidos a grávidas e a famílias com bebés recém-nascidos, como é o projeto de preparação para o parto e parentalidade no meio

aquático e o curso de massagem infantil. Procedeu-se ao encaminhamento de quatro famílias para outros profissionais de saúde, garantindo uma abordagem interdisciplinar. As informações adquiridas sobre os recursos existentes na comunidade foram partilhadas com as famílias, facilitando o seu acesso a suporte adequado.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

O desenvolvimento contínuo da prática de ESF foi impulsionado por um processo formativo estruturado, focado em melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem e promover ganhos sustentáveis em saúde sensíveis aos cuidados do EEECESF. O objetivo foi contribuir para a aquisição, por parte da equipa de enfermagem, de conhecimentos e competências na documentação dos cuidados no âmbito do PSF no sistema SClínico-CSP→, essencial para a avaliação e monitorização dos cuidados prestados pelo ESF.

Para além da componente teórica, o processo formativo incluiu momentos de *coaching*, com estratégias de acompanhamento individualizado. Estes momentos permitiram também a reflexão sobre as práticas realizadas, o ajuste das intervenções e a promoção do desenvolvimento profissional contínuo. Este processo beneficiou tanto os enfermeiros, ao fortalecer as suas competências, como as famílias, ao garantir que as práticas de cuidado se alinharam mais eficazmente às suas necessidades e realidades.

Além disso, o planeamento, a execução e a avaliação do processo formativo possibilitaram o desenvolvimento de competências no âmbito da formação em serviço, assegurando maior coerência e adequação às necessidades reais dos profissionais. Assim, no exercício da prática enquanto enfermeira numa USF, poderei, no futuro, contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa e participar ativamente na promoção da qualidade organizacional de forma contínua.

A monitorização e avaliação das respostas familiares foram realizadas através do SClínico-CSP®. No entanto, este sistema de informação apresenta limitações

no registo estruturado dos dados de avaliação e intervenção familiar. Apesar de seguir as diretrizes do MDAIF, não disponibiliza ferramentas para a elaboração do Genograma nem sugere intervenções para alguns diagnósticos de enfermagem, exigindo o registo manual em texto livre. Esta questão foi reportada à entidade responsável pela parametrização do sistema, sem que tenha sido possível uma resolução durante o período de estágio.

Em suma, ao longo do desenvolvimento das unidades curriculares, a ampliação das competências permitiu a construção de novas e fundamentadas perspetivas, aperfeiçoando as habilidades de comunicação verbal e escrita. Esta evolução contribuiu para uma prestação de cuidados em ESF mais especializada, flexível e adaptada às necessidades específicas de cada família. Como resultado, foi possível facilitar a resposta dos seus membros em momentos de transição, promovendo a saúde familiar e alcançando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório visou descrever o percurso formativo alinhado com o desenvolvimento de competências específicas da ECESF, centrado na prestação de cuidados especializados a famílias em transição para a parentalidade. Esta prática baseou-se na compreensão e aplicação de referenciais teóricos que orientaram a prestação de cuidados à família e aos seus membros.

A prestação de cuidados na prática foi orientada por referenciais teóricos que serviram de suporte à intervenção junto da família e dos seus membros. O MDAIF revelou-se uma ferramenta essencial para a avaliação sistémica e para a estruturação das intervenções, permitindo uma abordagem flexível e adaptada à especificidade de cada família. Esta prática foi também sustentada nos pressupostos da Teoria das Transições, de Meleis, que permitiu reconhecer e acompanhar os processos de adaptação inerentes à integração de um novo membro na família.

As famílias alvo de cuidados tinham em comum o facto de estarem em transição para a parentalidade e em processo de integração de um novo membro, mas cada uma apresentava uma dinâmica única, refletindo a sua identidade e estrutura próprias. No contacto com estas famílias, a avaliação e intervenção familiar focaram-se nos desafios inerentes a esta fase de transição, procurando compreender e apoiar as adaptações necessárias pois trata-se de um período de profunda reorganização familiar que influencia muitas das dimensões do seu sistema. Foi evidente que uma adaptação bem-sucedida à parentalidade exige equilíbrio entre aquisição de conhecimentos, comunicação eficaz, redefinição de papéis e estratégias de apoio ao bem-estar de todos os elementos do agregado familiar.

A experiência em contexto de estágio proporcionou uma compreensão mais profunda das necessidades destas famílias, evidenciando o impacto da parentalidade no funcionamento do sistema familiar e a importância de um suporte adequado para uma transição harmoniosa e saudável.

No âmbito da liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF, estas foram asseguradas através da referenciação de indivíduos e famílias para outros profissionais de saúde, facilitando o acesso a diferentes serviços e promovendo a continuidade dos cuidados. Esta articulação interprofissional permitiu uma resposta mais abrangente às necessidades das famílias, garantindo um acompanhamento integrado e eficaz. Além disso, foi reforçada uma abordagem de cuidados de enfermagem centrada na família, assegurando uma prestação cada vez mais holística e orientada para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Ao longo deste percurso, a reflexão realizada permitiu evidenciar a dificuldade em conciliar as atuais exigências da prestação de cuidados nos CSP, ainda fortemente ancoradas no modelo biomédico, com a necessidade de um enfoque mais estruturado na prestação de cuidados de enfermagem à família. A organização vigente dos serviços, a elevada carga de trabalho e a coexistência de diferentes metodologias dentro das equipas multiprofissionais constituem desafios significativos para a implementação efetiva da ESF. Torna-se, assim, evidente a urgência de uma reestruturação e adaptação do sistema de informação (SClínico-CSP→), de forma a colmatar lacunas na documentação dos cuidados prestados e a permitir a extração de dados relevantes. A otimização do sistema de informação viabilizaria o desenvolvimento de indicadores de qualidade que reflitam a especificidade dos cuidados especializados na área da ESF, assegurando um maior reconhecimento e valorização da intervenção do enfermeiro de família. Além disso, a formação contínua dos profissionais dos CSP assume um papel central, sendo fundamental para a aquisição, aprofundamento e atualização de conhecimentos em ESF. A capacitação adequada dos enfermeiros contribuiria para a prestação de cuidados à família de forma integrada, para o fortalecimento da relação colaborativa com os agregados familiares e para o desenvolvimento de uma prática clínica sustentada na melhor evidência disponível, garantindo cuidados de qualidade, sensíveis às necessidades culturais e centrados na família como um todo. Neste contexto, foi também desenvolvido um processo formativo dirigido à equipa de enfermagem da USF, com o objetivo de reforçar o

conhecimento sobre a documentação dos cuidados prestados às famílias. Esta formação visou aprofundar a compreensão da equipa relativamente à ESF e à matriz operativa do MDAIF, bem como aprimorar o registo da prestação de cuidados no programa "Registos no PSF" do SClínico-CSP®. Além disso, procurou-se promover a melhoria contínua da qualidade na documentação dos cuidados, assegurando um registo mais estruturado e alinhado com as necessidades da prática clínica. De igual modo, a formação foi realizada junto da equipa onde desenvolvo a minha atividade profissional, com o intuito de disseminar conhecimentos na área da ESF, fomentando boas práticas na documentação e reforçando a importância do registo estruturado como ferramenta essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Durante este percurso, foram identificados momentos em que a abordagem aos cuidados não refletiu plenamente as necessidades das famílias, dificultando a definição conjunta de objetivos. A reflexão crítica sobre estas situações evidenciou a importância da escuta ativa e da flexibilidade na comunicação. A reflexão é essencial para a prática de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional e a melhoria dos cuidados prestados (Shin et al., 2024) . Além disso, a análise de erros na prática clínica, quando realizada de forma estruturada, contribui para a identificação de fatores subjacentes e para a implementação de intervenções corretivas eficazes (Barchard, 2022). Assim, reconhecer e analisar construtivamente os erros potencia o desenvolvimento profissional e a prestação de cuidados mais conscientes e fundamentados. Em consonância com Schön (2000) e Kolb (1984), reconhece-se o papel do erro na construção de uma prática reflexiva e fundamentada.

A prática profissional será direcionada para a prestação de cuidados à família como um todo, aplicando as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste processo formativo. Pretende-se, ainda, desenvolver e implementar ações formativas dirigidas à equipa de enfermagem da USF e aos alunos em ensino clínico, com enfoque na abordagem da família enquanto unidade de cuidados, promovendo a qualificação e a excelência na prática assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Governança clínica e de saúde*. Ministério da Saúde.
- Afonso, S. F. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(2), 215–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- AlSomali, Z., Bajamal, E., & Esheaba, O. (2023). The effect of structured antenatal education on childbirth self-efficacy. *Cureus*, 15(7), e39285. <https://doi.org/10.7759/cureus.39285>
- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2022). Programa de parentalidade: Da evidência científica para a implementação em escala. *Revista Brasileira de Avaliação*, 11(3 spe), e111122. <https://doi.org/10.4322/rbaval202211011>
- Alves, S., Milek, A., Bodenmann, G., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2019). Romantic attachment, dyadic coping, and parental adjustment across the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 26(2), 286–309. <https://doi.org/10.1111/pere.12278>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023a). *Postpartum birth control* (FAQ194). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/postpartum-birth-control>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023b). *Cesarean birth* (FAQS006). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth>
- Araújo, M. I. V., Duarte, A. C. M., Figueiredo, M. H. de J. S., & Andrade, C. M. da S. M. (2024). Transição para a parentalidade da família face ao primeiro filho: Revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0487pt>

- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Barchard, F. (2022). Exploring the role of reflection in nurse education and practice. *Nursing Standard*, 37(6), 45–49. <https://doi.org/10.7748/ns.2022.e11605>
- Barreto, J. de J. S., Coelho, M. P., Lacerda, L. C. X., Fiorin, B. H., Mocelin, H. J. S., & Freitas, P. de S. S. (2019). Registos de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 23(1), e-1235. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). *Clinical reasoning, decisionmaking, and action: Thinking critically and clinically*. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 1, pp. 87–109). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
- Berlim, C. (2023, outubro). A literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 8(3), 4–15.
- BI-CSP. (2025). *Distribuição das inscrições nos CSP*. Boletim Informativo dos Cuidados de Saúde Primários.
- Bogdan, I., Turliuc, M. N., & Candel, O. S. (2022). Transition to parenthood and marital satisfaction: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 901362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901362>
- Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: A systematic review. *Systematic Reviews*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0010-x>
- Cabral, J. C., & Frigo, L. F. (2020a). Disfunção sexual em mulheres no período pós-parto: Revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 9(9), e344996785. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6785>

- Carpenito-Moyet, L. J. (2017). *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos* (5.^a ed.). Artmed Editora.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2.^a ed.). Artmed Editora.
- Carvalho, J. C., Martins, M. M., & Ferreira, M. (2018). A transição para a parentalidade e os desafios para os cuidados de enfermagem de saúde familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, (15), 22–30.
- Celebi Celik, F., Tuzun, F., Duman, N., Keskinoglu, P., Kumral, A., & Ozkan, H. (2021). Current factors affecting the risk of omphalitis in newborns: A prospective case-control study. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5), e14071. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14071>
- Centro de Saúde Pública Dr. Gonçalves Ferreira. (2003). *Diagnóstico precoce – Programa Nacional*. Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge. <https://www.diagnosticoprecoce.org/index.htm>
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4.^a ed.; W. L. Coutinho & K. G. Inglez, Eds.). Editora Campos.
- Coelho, J. P., Reis, M. T., & Santiago, L. M. (2023). Proporção de sinais e sintomas ICPC2 indevidamente colocados como doença crónica em medicina geral e familiar: Um estudo preliminar no Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(2), 132–139. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i2.13471>
- Conselho das Finanças Públicas. (2023). *Riscos orçamentais e sustentabilidade das finanças públicas 2023*.
- Costa, P., Vieira, C., Vieira, B., Lanzinha, A., & Costa, V. (2022). Consequências materno-fetais do aumento de peso inadequado e obesidade na gravidez: O que sabem as mulheres grávidas? *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 16(3), 201–211.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Lawrence Erlbaum Associates.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Damasceno, M. A. A., Querido, D. L., Zuzarte, J. S., Adegas, E. C. V., Almeida, V. S., & Esteves, A. P. V. S. (2024). Tratamento de lesões mamilares com laserterapia de baixa potência. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 14(42), 18–27. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.1827>
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions* (4th ed.). Brooks/Cole.
- Dennis, C. L., Singla, D. R., Brown, H. K., Savel, K., Clark, C. T., Grigoriadis, S., & Vigod, S. N. (2024). Postpartum Depression: A Clinical Review of Impact and Current Treatment Solutions. *Drugs*, 84(6), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z>
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of Nutrition*, 131(11), 3012S–3015S. <https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012S>
- Diliana, R., Figueiredo, H., Melo, A., Choupina, A. R., & Pinto, M. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25, 19–30.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (n.º 010/2013). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Vigilância durante a gravidez de baixo risco*. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. <https://pns.dgs.pt>
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Sousa Guedes, V. M., Pinho Marques, A. F., Rodrigues Lopes, A. R., De Sá Moreira, A. R., Campos dos Santos, M., Vioque

Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2022). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem: Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(2), 77–90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar* (1.^a ed.). Lidel.

Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: Do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 544–551. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>

Figueiredo, M. H. de J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). *Parentalidade: Desenvolvimento e competências*. Edições Almedina.

Flaherman, V. J., Robinson, A., Creasman, J., McCulloch, C. E., Paul, I. M., & Pletcher, M. J. (2022). Clinical decision support for newborn weight loss: A randomized controlled trial. *Hospital Pediatrics*, 12(6), e180–e184. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006470>

Formosinho, J. (2009). *Formação de professores: Aprendizagem profissional e acção docente*. Porto Editora.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Prentice Hall.

Fronteira, I., Jesus, É. H., & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273–282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Dimensão média das famílias segundo os Censos*. PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa.

- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Taxa bruta de natalidade*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2023). *Concelho: Matosinhos*. República Portuguesa. <https://www.gee.gov.pt/pt/documentos/publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/porto/matosinhos/3247-matosinhos/file>
- Gandra, L. (2021). *A avaliação da formação e o modelo de Donald L. Kirkpatrick*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/356617759_A_Avaliacao_da_Formacao_e_o_Modelo_de_Donald_L_Kirkpatrick
- Gato, A. P., B. Moreira, S., Dos Santos, J. R., Canais, E., Cerqueira, A. F., & Barbosa, V. (2024). Contributos para o Estudo dos Determinantes Sociais de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa. *RPER*, 67, 131–150. <https://doi.org/10.59072/rper.vi67.539>
- Glavina, W. S. N., Silva, C. M., Martins, E. L., Monteiro, J. C. dos S., Silva, I. W., Brito, A. P. A., Ferreira, F. M., Ruela, L. de O., & Tomaz, R. G. de O. (2023). Interações sociais de puérperas relacionadas à sua saúde sexual após o parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0056pt>
- Gonçalves, D. T., Rodrigues, J. A., & Sousa, M. B. (2024). *Criação das Unidades Locais de Saúde*. PRA. <https://pra.pt/criacao-das-unidades-locais-de-saude/>
- Gonçalves, M. A. F. (2023). *Organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Uma revisão sistemática da literatura*. Universidade da Beira Interior.
- Grandi, G., Del Savio, M. C., Tassi, A., & Facchinetti, F. (2024). Postpartum contraception: A matter of guidelines. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(1), 56–65. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14928>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>

- Hewitt, L., Kerr, E., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2020). Tummy Time and Infant Health Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics*, 145(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2168>
- Hoffmann, A., Karkotli, A., de Almeida Dias, S., & Paes, Z. (2005). A teoria do desenvolvimento da família: Buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1), 47–58. <https://doi.org/10.5380/fsd.v7i1.8056>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022, dezembro). *O que nos dizem os Censos sobre a população estrangeira residente em Portugal*. Censos 2021. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=589795973&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024a). *Estatísticas demográficas 2023*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024b). *Indicadores resumo sobre população – NUTS 2024*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=13053&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- Jesus, A. C. L. P. da S. de, Freitas, A. S., & Reis, L. A. dos. (2024). Papel do enfermeiro frente às hemorragias puerperais: Uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 13(11), e25131147116. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47116>
- Junior, W. L., Braga, C. G., Freire, B. S. de M., Costa, A. C. B., de Andrade, M. B. T., Chini, L. T., & Costa, I. C. P. (2023a). Documentação do processo de enfermagem: Desafios e potencialidades. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(8), 9416–9441. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.8-075>
- Justino, G. B. da S., Stofel, N. S., Gervasio, M. D. G., Teixeira, I. M. de C., & Salim, N. R. (2021). Educação sexual e reprodutiva no puerpério: Questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 25, e200711.
<https://doi.org/10.1590/interface.200711>

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (5th ed.). F. A. Davis Company. A. Davis Company)
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2009). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler Publishers.
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Kowal, M., Groyecka-Bernard, A., Kochan-Wójcik, M., & Sorokowski, P. (2021). When and how does the number of children affect marital satisfaction? An international survey. *PLOS ONE*, 16(4), e0249516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249516>
- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409–419. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>
- Landry, I., René, C., & Demontigny, F. (2023). Family centered nursing practices towards women and their families in the birthing context: A qualitative systematic review. *Nursing Open*, 10(9), 5937–5949. <https://doi.org/10.1002/nop2.1880>
- Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives*. Eyrolles.
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, 371, m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>

- Lisboa, A. F., & Fernandes, I. L. (2021). A importância do vínculo afetivo para o desenvolvimento do recém-nascido: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(10), e8769. <https://doi.org/10.25248/reas.e8769.2021>
- López-Medina, M. D., Linares-Abad, M., López-Araque, A. B., & López-Medina, I. M. (2019). Dry care versus chlorhexidine cord care for prevention of omphalitis: Systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3106. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2695.3106>
- Mack, J. T., Brunke, L., Staudt, A., Kopp, M., Weise, V., & Garthus-Niegel, S. (2023). Changes in relationship satisfaction in the transition to parenthood among fathers. *PLOS ONE*, 18(8), e0289049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289049>
- Madureira, C. (2005). A formação profissional contínua no novo contexto da administração pública: Possibilidades e limitações. *Revista de Administração Pública*, 39(5), 1109–1133. <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6581>
- Magalhães, D. de F., Nobre, K. F. de T., Theis, L. C., & Basegio, L. F. (2021). Acidentes na primeira infância: Contribuições da Enfermagem na construção de orientações preventivas. *Research, Society and Development*, 10(2), e21010212415. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12415>
- Martin, T. F. (2018). Family development theory 30 years later. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 49–69. <https://doi.org/10.1111/jftr.12237>
- McCubbin, H. I., & Figley, C. R. (1983). *Stress and the family: Volume I: Coping with normative transitions* (Vol. 1). Brunner/Mazel. <https://archive.org/details/stressfamilyvolu0001unse/page/n5/mode/1up>
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, and illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21–63). Mosby.
- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2011). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (4th ed.). Pearson.

- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.
- McGuinness, D., & Frawley, T. (2025). Case report of dysphoric milk ejection reflex. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 54(1), 123–129.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2024.11.003>
- Medeiros, P. R. L. (2024). Estratégias para alívio de cólicas em recém-nascidos: Revisão. *Revista FT*, 28(131),. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10737647>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mendres-Smith, A. E., Borrero, J. C., Castillo, M. I., Davis, B. J., Becraft, J. L., & Hussey-Gardner, B. (2020). Tummy time without the tears: The impact of parent positioning and play. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(4), 2090–2107. <https://doi.org/10.1002/jaba.715>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Ministério da Saúde. (2006). *Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro*. Diário da República nº 34, Série I-B de 16 de fevereiro de 2006, páginas 1256 – 1258.
- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto*. Diário da República n.º 161/2007, Série I de 22 de agosto de 2007, páginas 5587 – 5596.
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho*. Diário da República n.º 118 – I Série, páginas 3128 – 3140
- Ministério da Saúde. (2024). *Centros de responsabilidade integrados*. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/>

- Ministério da Saúde. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro*. Diário da República, I série, n.º 215, pp. 4–20.
- Minuchin, S., & Fishman, S. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Artes Médicas Editora.
- Mira, V. L., Peduzzi, M., Melleiro, M. M., Tronchin, D. M. R., Prado, M. de F. F., Santos, P. T. dos, Lara, E. M. de S., Silva, J. A. M. da, & Borges-Andrade, J. E. (2011). Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(spe), 1574–1581. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700006>
- Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Muniz, J. R., & Eisenstein, E. (2009). Genograma: Informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 72–79. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>
- Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (2017). *The family crucible: The intense experience of family therapy*. Harper & Row
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Neves, D. M. S. (2024). Importância dos sistemas de informação na gestão em enfermagem. *SPGS - Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde*, 35, 17–25.
- Ngai, F.-W., & Lam, W. (2021). Stress, marital relationship and quality of life of couples across the perinatal period. *Maternal and Child Health Journal*, 25(12), 1884–1892. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03249-6>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Portugal: Perfil de saúde do país 2021. Estado da Saúde na UE*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf

- Ochoa de Alda, I. (2011). *Enfoques en terapia familiar sistémica* (2.^a ed.). Herder.
- Oliveira, N. B. de, & Peres, H. H. C. (2021). Quality of the documentation of the nursing process in clinical decision support systems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3426. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>
- Oliveira, T. A., Luzetti, G. G. C. M., Rosalém, M. M. A., & Mariani Neto, C. (2022). Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 44(5), 452–457. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Preparação, manipulação e conservação de fórmulas desidratadas para lactentes: Manual de boas práticas*. Tradução portuguesa autorizada pelo Ministério da Saúde. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/manual_formulas_lactentes_OMS2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. Diário da República n.º 35 – II Série, páginas 8660 – 8661.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Diário da República n.º 124 – II série, páginas 17384 – 17391
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho*. Diário da República n.º 135 – II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro*. Diário da República n.º 26 – II Série.
- Palheta, A. M. da S., Cecagno, D., Marques, V. de A., Biana, C. B., Braga, L. R., Cecagno, S., Moura, P. M. M., & Porto, A. R. (2020). Formação do enfermeiro por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizado: Influências no exercício profissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190368. <https://doi.org/10.1590/interface.190368>
- Park, S.-H., & Kim, J.-I. (2022). Predictive validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of*

Gynecology and Obstetrics, 307(5), 1331–1345. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0>

Paul, I. M., Shedlock, K. E., Schaefer, E. W., Stoute, E. J., & Rosen, R. (2023). Pilot study of inclined position and infant gastroesophageal reflux indicators. *JPGN Reports*, 4(2), e312. <https://doi.org/10.1097/PJG9.0000000000000312>

Paul, S., Burman, R. R., & Singh, R. (2024). Training effectiveness evaluation: Advancing a Kirkpatrick model based composite framework. *Evaluation and Program Planning*, 107, 102494. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2024.102494>

Pearlman Shapiro, M., Avila, K., & Levi, E. E. (2022). Breastfeeding and contraception counseling: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04451-2>

Perrenoud, P. (2011). *Construire des compétences dès l'école* (6e éd.). ESF Éditeur.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>

Ramos, F. (2018, abril). Rituais familiares na enfermagem de saúde familiar: Promovendo coesão e bem-estar. *Revista de Enfermagem Familiar e Comunitária*, 45–52.

Relvas, A. P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 14(3), 563–579. <http://hdl.handle.net/10400.12/3180>

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3.ª ed.). Edições Afrontamento.

Ribas, J. C., Lion, C. M., & Souza, L. V. E. (2024). Práticas narrativas no Brasil: Panorama e difusão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 44, e3269019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003269019>

- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem: Revista Científica | Journal of Nursing*, 25(1), 19–30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i1.178>
- Rocha, C. (2024). Dia Internacional da Família – Forças familiares. *Diário dos Açores*.
- Rocha, E. M. A., Macedo, L. K. M. de, Borges, L. V. A., Pinheiro, A. M. da C., Santos, R. da S., Conceição, H. N. da, & Câmara, J. T. (2020). Aleitamento materno, amamentação tranquila e prazerosa: Um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9(7), e155974006. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4006>
- Roland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Basic Books.
- Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(5), 527–538. <https://doi.org/10.1097/01.mop.0000245354.83454.68>
- Rucińska, Z., & Fondelli, T. (2022). Enacting metaphors in systemic collaborative therapy. *Frontiers in Psychology*, 13, 867235. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.867235>
- Ruiz, M. T., Paraiso, N. A., Machado, A. R. M., Ferreira, M. B. G., Wysocki, A. D., & Mamede, M. V. (2017). Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: Implicações para a assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(e22756). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.22756>
- Rusciolelli, V. B., Xavier, T. P., Gonçalves, W., & Freitas, R. R. de. (2020). Construção e análise de um procedimento avaliativo de treinamento: Modelo Kirkpatrick. *Revista FSA*, 17(1), 177–194. <https://doi.org/10.12819/2020.17.1.9>
- Sæther, K. M., Holmberg Fagerlund, B., Glavin, K., & Jøranson, N. (2024). First-time parents' support needs and perceived support from a child health service with the Integrated New Families Home Visiting Programme. *Qualitative Health Research*, 34(1–2), 20–32. <https://doi.org/10.1177/10497323231208972>

- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/Relatorio-Envelhecimento-e-Saude-INSA-2022.pdf>.
- Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem* (Artmed Editora, Ed.).
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Quem servimos*. BI-CSP. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/912/10017/1135361/Pages/default.aspx>
- Shin, S., Lee, M., & Hong, E. (2024). Factors associated with critical reflection competency among clinical nurse educators. *Teaching and Learning in Nursing*, 19(4), e630–e637. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.05.008>
- Shivalli, S., Majra, J., & Qadiri, G. (2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, Article ID 974842, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2015/419192>
- Silva, A. C. G., Livi, V. S. C., Andrade, M. J. B., Aguiar, V. N. O., Junior, J. X. de S., Junior, J. F. de C., Serra, M. A. A. de O., Ferreira, A. G. N., Oliveira, F. J. F. de, & Silva, R. de A. (2024). Satisfação sexual da mulher no período puerperal. In *A integralidade na atenção à saúde: Avanços e retrocessos* (Vol. 2, pp. 124–139). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/240917677>
- Silva, J. A. da, Rosa, V. H. J. da, Nunes, M., Dantas, J. C. M., Leal, B. A. de S., Nascimento, T. R., Silva, R. da, Teixeira, A. G. M. da S., Araújo, J. P., Ferreira, J. P. M., Pereira, J., & Nunes, M. F. (2024). Principais complicações à obesidade na gestação e seus fatores de impacto: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 2133–2144. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2133-2144>
- Silva, J. I. da, Chagas, A. L. G. das, Sena, B. de O., Lima, C. A. de, Santos, G. V. dos, Campelo, M. C. D., Medeiros, L. P. de, & Araújo, R. de O. e. (2022). Intervenções eficazes para tratamento de trauma mamilar decorrente da

amamentação: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE03672. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0001367>

Silva, M. A. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: Uma história de mais de 50 anos – A perspetiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13732>

Silva Reis, C. (2024). Posicionamento do lactante na amamentação: Importância e técnicas. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), e515828. <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i1.5828>

Simões, M. A. (2019). A importância da visão do todo na compreensão da parte: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(2), 141–146. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i2.11952>

Smith-Nielsen, J., Egmoose, I., Wendelboe, K. I., Steinmejer, P., Lange, T., & Vaever, M. S. (2021). Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? *BMC Psychology*, 9(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00623-5>

Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2024). *Operacionalização da contratualização interna nos cuidados de saúde primários para 2024* (pp. 3–42). <https://www.sns.min-saude.pt>

SNS24. (2023a, junho 1). *Crescimento infantil*. Saúde da Criança. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/crescimento-infantil/>

SNS24. (2023b, junho 1). *Rastreio neonatal*. Saúde da Criança. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/rastreio-neonatal/>

Soares, M. D. S., De Sousa, F. S., Campos, D. M., Pinho, J. R. O., Das Chagas, D. C., Garcia, P. T., & De Oliveira, A. E. F. (2023). Análise da satisfação e aprendizagem dos profissionais da Atenção Primária à Saúde egressos de um curso autoinstrucional sobre a Caderneta da Criança. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(8), 11280–11296. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.8-130>

- Sousa, F. A. de, Pereira, J. M., Markus, G. W. S., Silva, K. C. C. da, Couto, G. B. F. do, Pereira, R. A., Dias, A. K., & Santos, J. M. dos. (2021). Sexualidade no pós-parto: Percepção das mulheres e atuação da enfermagem. *Scire Salutis*, 11(3), 61–68. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0009>
- Sousa, F. G. M., Figueiredo, M. do C. A. B. de F., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista Pesquisa Saúde*, 11(1), 60–63.
- Souza, C. S. e, Botelho, L. de S., & Pinheiro, S. J. R. (2022). A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(14), e424111436664. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36664>
- Souza, F. P. de, Meyer, E., & Oliveira, M. da S. (2019). Entrevista motivacional para estudantes da área da saúde: Resultados de um treinamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3552. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3552>
- Souza, G. P., Beltran, R. I. L., Figueiredo, K. C., Trigueiro, T. H., Siqueira, C. P. de, Pol, T. A. da S., & Figueredo, A. S. (2022). Estratégias para o desenvolvimento da liderança de enfermeiros nos serviços de saúde: Revisão de escopo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 21, e6598. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226598>
- SPMS. (2017a). 295 - *Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de vigilância de enfermagem na gravidez e com plano de acompanhamento*. Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=295&clusters=S>
- SPMS. (2017b). 302 - *Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil no 1.º ano de vida*. Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=302&clusters=S>
- SPMS. (2019). *Sistemas de informação*. *Newsletter_DSI*, 4–44. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/04/NEWSLETTER_DSI.pdf

- SPMS. (2024). *SNS com sistema de informação único para os Cuidados de Saúde Primários*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://www.spms.min-saude.pt/2024/08/sns-com-sistema-de-informacao-unico-para-os-cuidados-de-saude-primarios/>
- Stoodley, C., McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J., & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: A scoping review. *BMC Psychology*, 11(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement* (Vol. 1). Chenelière Éducation.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17–30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Trindade, C. S., Lopes, J. L., Borges, P., & Bessa, C. (2020). Cólica abdominal no recém-nascido e lactente: Estratégias de alívio. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1862. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(2\).1862](https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(2).1862)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World population prospects 2024: Summary of results*. <https://www.un.org/development/desa/pd/>

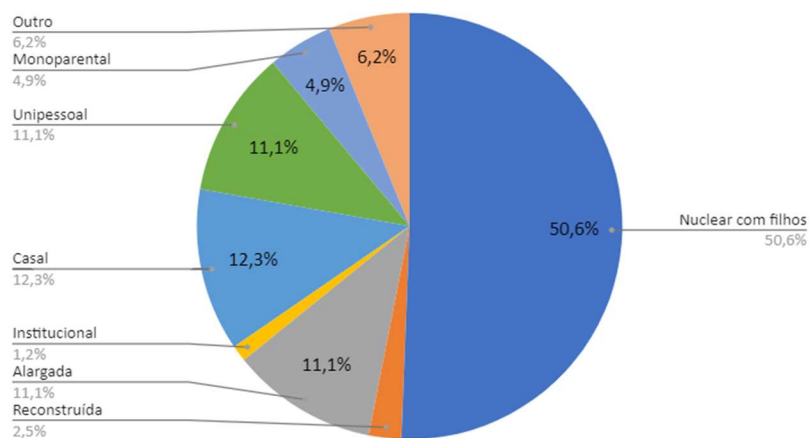
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current Opinion in Psychology*, 25, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.014>
- Vasconcellos, B. O., Damasceno, C. G. M., Prazeres, A. S., Montuori, J. A. S., Pavarino, T. T. G., & Ventura, W. P. (2022). Sexualidade no puerpério: Principais fatores envolvidos. *Studies in Health Sciences*, 3(2), 1112–1127. <https://doi.org/10.54022/shsv3n2-038>
- Victória, A., Costa, C., Cordeiro, M., Santos, A. P., Tavares, M., & Tavares, P. (2024). Transição para a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 10(1). <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.1.324>
- Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho e Costa, P. (2024). *Programa Nacional de Rastreamento Neonatal – Relatório 2023*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)
- Volling, B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: An empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological Bulletin*, 138(3), 497–528. <https://doi.org/10.1037/a0026921>
- Watzlawick, P., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution* (2nd ed.). Norton & Company.
- Wells, T. (2023). Postpartum depression: Screening and collaborative management. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 50(1), 127–142. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.011>
- Williams, E., & Galea, M. (2023). Another look at “tummy time” for primary plagiocephaly prevention and motor development. *Infant Behavior and Development*, 71, 101839. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101839>
- Williams, L., & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: How family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38, 535–554. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12084>

- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2024). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. The MIT Press.
- World Health Organization. (2002). *The world health report: Reducing risks, promoting healthy life*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (5.^a ed.). Medsi.
- Young, C., Roberts, R., & Ward, L. (2021). Enhancing resilience in the transition to parenthood: A thematic analysis of parents' perspectives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 358–370. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1724916>
- Zhang, Q., Wu, W., Sheng, L., Xi, X., Zhou, Y., Wen, Y., & Liu, Q. (2023). Emotional and behavioral changes in preschool firstborn children during transition to siblinghood: A mixed methods study. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 2029–2044. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S411729>
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A Entrevista Familiar na Terapia Familiar Sistêmica: Pressupostos Teóricos, Modelos e Técnicas de Intervenção. Em *Erechim*. v (Vol. 36).

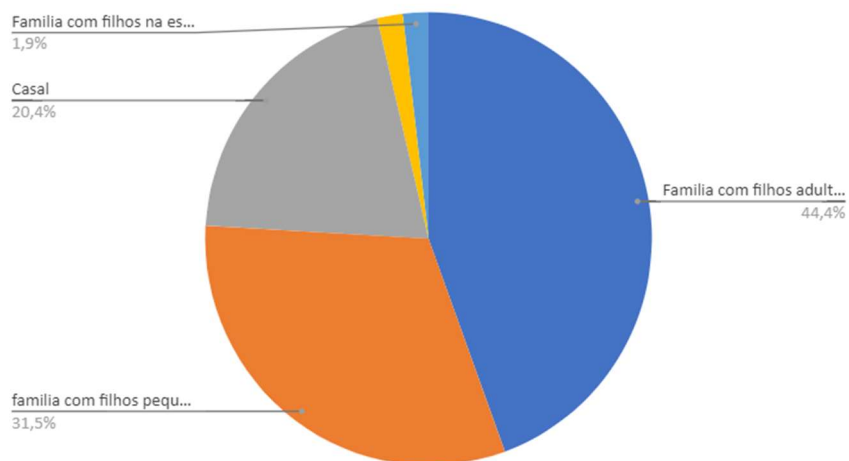
ANEXOS

ANEXO I

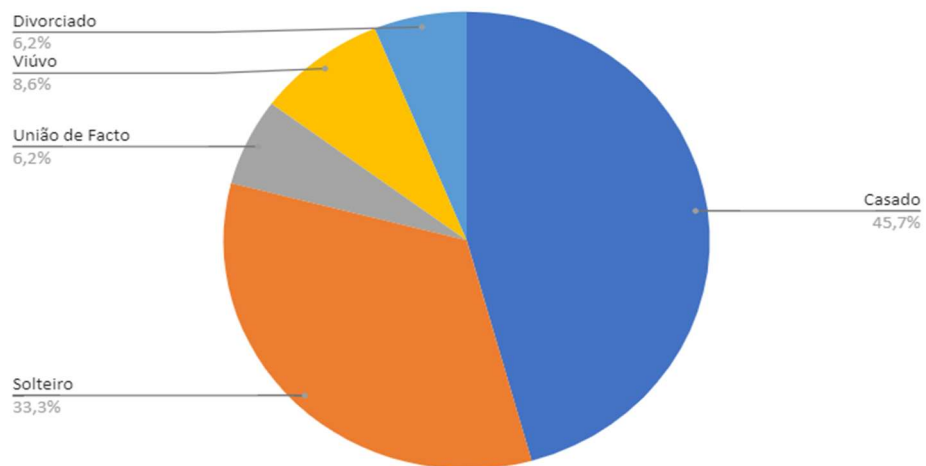
Tipo de Família



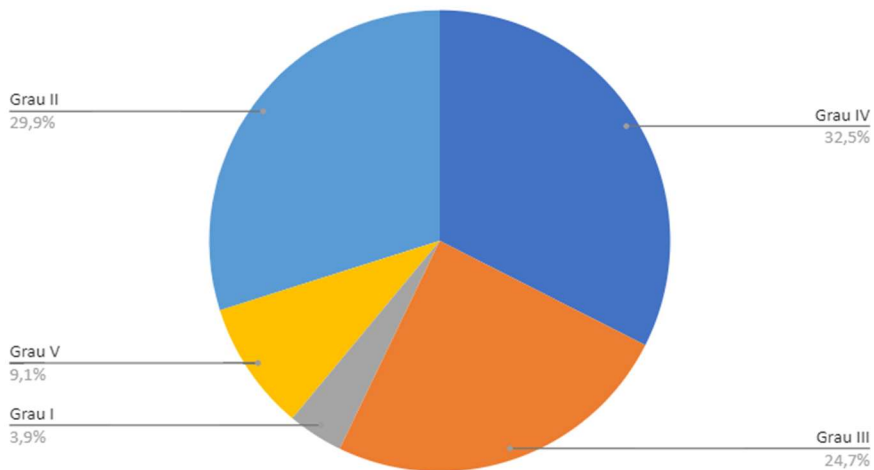
Etapa Ciclo Vital Familiar (Relvas)



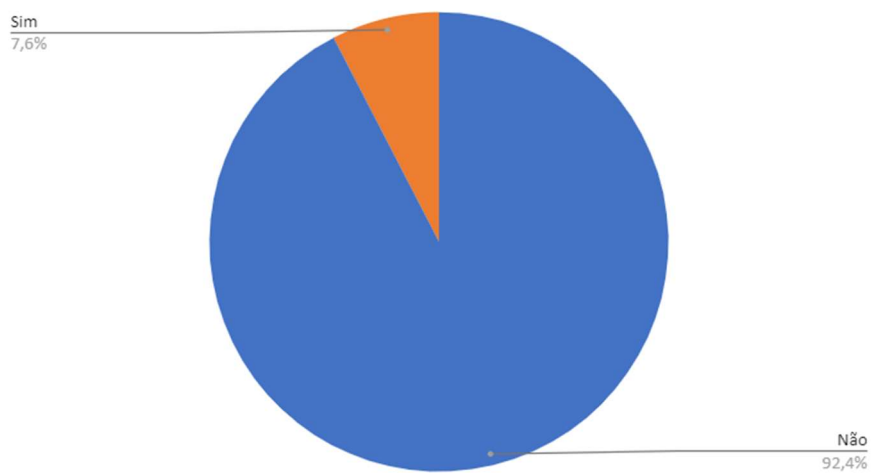
Estado Civil



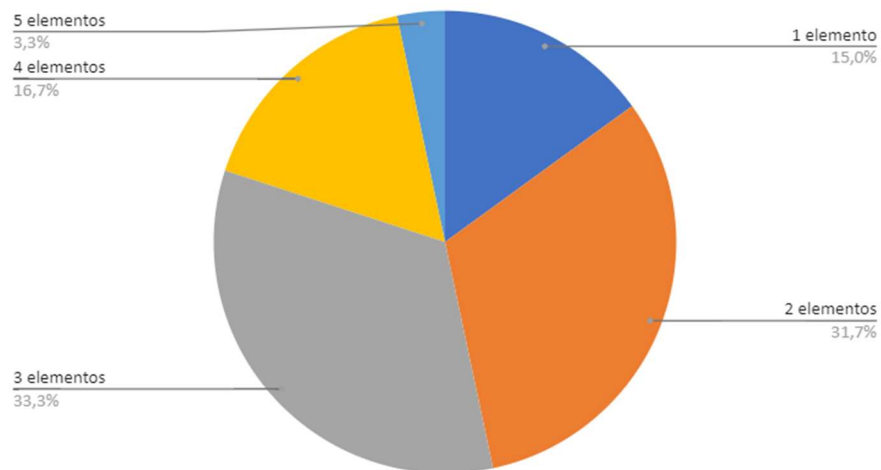
Classe social (Graffar)



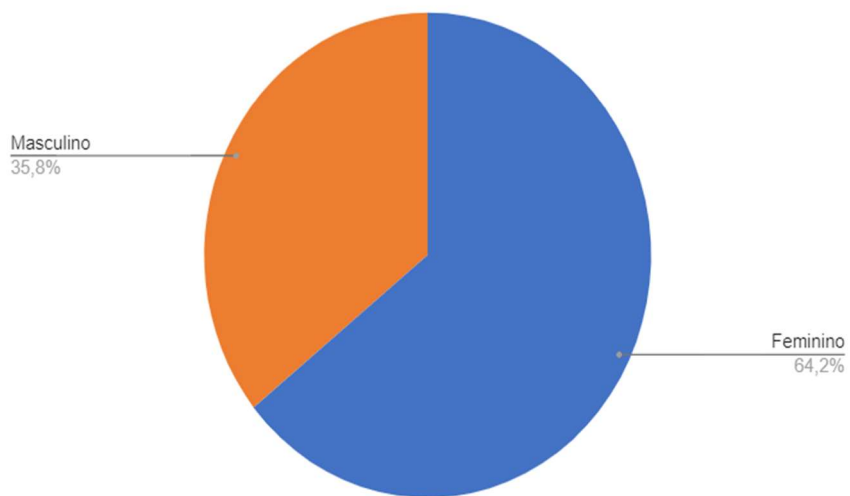
Dependente no autocuidado



Elementos do Agregado Familiar



Distribuição dos indivíduos das 60 famílias por género



ANEXO II

Família Violeta

Ao longo do acompanhamento à família Violeta, foram realizadas três consultas, uma no domicílio e três na USF, com uma duração média de 60 minutos cada. O primeiro contacto ocorreu ainda durante a gravidez de J, dando início a um acompanhamento estruturado. Desde a primeira abordagem, em novembro de 2024, até ao término do estágio profissional, a família mostrou-se disponível e ativamente envolvida nas consultas. A primeira consulta decorreu na USF, com a presença de J, grávida de 36 semanas e 6 dias. A segunda consulta realizou-se ao domicílio, após o nascimento de C, permitindo a participação do casal e do RN. Já na terceira, realizada na USF, estiveram presentes a J e a recém-nascida C.

Para caracterizar a composição familiar e compreender a dinâmica relacional, foram utilizadas questões lineares dirigidas a J na primeira consulta. O Genograma e psicofigura de Mitchel elaborado reflete os vínculos entre todos os elementos do agregado familiar, evidenciando relações significativas e a influência mútua no seu quotidiano, conforme representado na figura A:

60

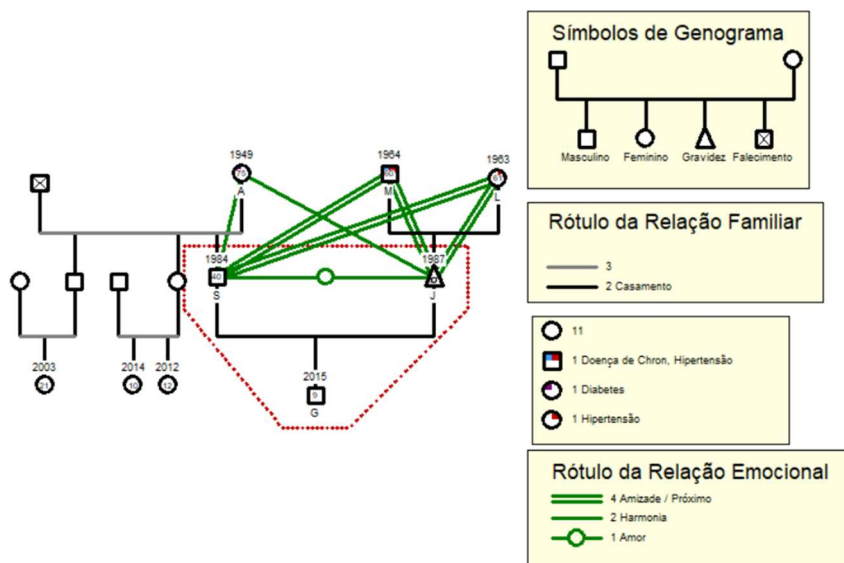


Figura A – Genograma da Família Violeta antes do nascimento de C

A análise do Genograma representado na Figura A permite identificar que a família Violeta é uma família nuclear, que detém o subsistema conjugal e o subsistema parental presentes, composta por um casal, um dos membros está grávida e um filho. A J e o S estão casados há 10 anos, já têm um filho em comum, o G de 9 anos que frequenta 4ºano do ensino básico. Vivem os 3 numa moradia T3, de construção recente. A gravidez foi planeada pelo casal, e está a decorrer sem intercorrências. A família aguarda o nascimento de uma menina, a C que cuja DPP é 27/11/2024. A J é técnica de radiologia num hospital da cidade onde também trabalha o marido S que exerce a mesma profissão.

J é filha única e seus pais têm uma relação próxima com o casal, a mãe de J ainda trabalha como rececionista e o pai já está reformado, ambos têm Hipertensão arterial e o pai também sofre de doença de Chron. O pai de S já faleceu, a mãe de S já está reformada, tem diabetes *mellitus* e mantém uma boa relação com o casal. S tem um irmão e uma irmã, ambos com relações estáveis e filhos com quem o casal mantém contacto. O casal mantém um convívio regular com amigos e primos de S.O filho, R, pratica futebol, e equipa conta com um grupo de pais que desempenha um papel de apoio importante para a família.

Com base nas informações recolhidas sobre os subsistemas com os quais a família interage e os tipos de vínculos estabelecidos, foi elaborado o ecomapa representado na Figura B:

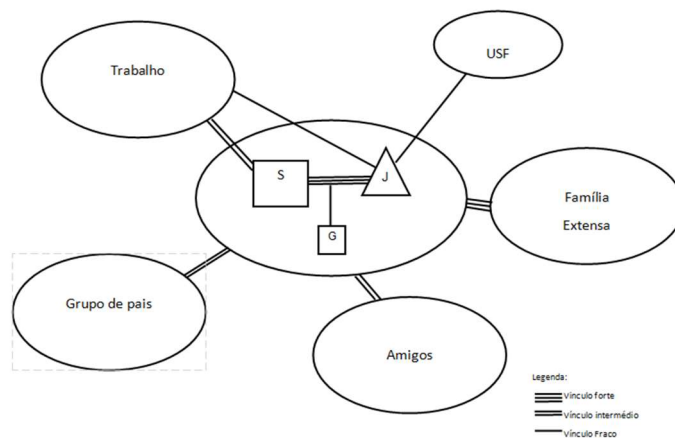


Figura B - Ecomapa da Família Violeta

A aplicação da Escala Adaptada de Graffar classificou a família no Grau II – Classe Média Alta, com 10 pontos. No critério da profissão, a família foi enquadrada no grau dois, uma vez ambos os membros do casal exercem funções diferenciadas. No critério de instrução, foi atribuída a classificação de grau um, dado que ambos os elementos do casal são licenciados. Relativamente à origem do rendimento familiar, os rendimentos provêm exclusivamente dos salários do casal, correspondendo ao grau três da escala. Quanto ao tipo de habitação, foi atribuído o grau dois, uma vez que a família reside numa moradia de construção recente, espaçosa, confortável e que se encontrava limpa e organizada no dia da visita domiciliária. Por fim, a localização da residência foi classificada no grau dois, por estar inserida numa zona de boa qualidade.

Considerando a matriz operativa do MDAIF e tendo em conta as especificidades da Família Rosa, foram avaliadas seguintes as áreas de atenção por dimensão:

Quadro 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família Violeta, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do Rendimento Familiar
	Edifício Residencial	Tipo de Habitação
		Higiene da habitação
	Precaução de Segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização		
Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Adaptação à Gravidez	Conhecimento
		Comunicação
		Comportamentos de Adesão
	Planeamento Familiar	Uso de Contracetivo
	Papel parental – família com filhos recém-nascidos	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do Papel
		Conflito do Papel
		Saturação do papel
	Papel parental – família com filhos na escola	Conhecimento do Papel
Adaptação da Família à escola		
Comportamentos de Adesão		
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Adaptação da Família à escola
		Comportamentos de Adesão
		Relação Dinâmica

Ainda no âmbito da Dimensão Estrutural, a casa onde vivem dispõe de aquecimento por ar condicionado e o casal não demonstra dificuldades na sua utilização. O abastecimento de água é garantido pela rede pública. A família não tem animais domésticos.

Com base nos dados apresentados, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, considerados recursos para a Família Violeta.

Na Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de Satisfação Conjugal, Adaptação à Gravidez, Planeamento Familiar e Papel Parental. Apesar de na maioria das consultas apenas um membro do casal da Família Violeta ter estado presente, foi aplicada a abordagem sistémica na prestação de cuidados de enfermagem, considerando que a intervenção num indivíduo se repercute no funcionamento e bem-estar de toda a família.

A Adaptação à Gravidez foi avaliada na primeira consulta, com a presença de J, quando esta estava com trinta e seis semanas de gestação. Durante a consulta, foram analisadas as dimensões operativas relacionadas com o conhecimento, a comunicação e os comportamentos de adesão, permitindo uma compreensão mais abrangente do processo de adaptação da grávida.

No contexto dos direitos sociais na gravidez, maternidade e paternidade, incluindo o acesso à assistência médica, o subsídio e a licença de maternidade, foi utilizado o questionamento linear para explorar o conhecimento de J sobre estes temas. Revelando-se já bem informada e sem dúvidas a esclarecer, não foi necessária qualquer intervenção adicional.

Para avaliar o conhecimento do casal sobre as etapas de adaptação à gravidez, na perspetiva de J, foram utilizadas questões de carácter linear e estratégico, tais como: “De que forma têm experienciado as mudanças trazidas por esta segunda gravidez?”, “Como tem sido a vivenciada a gravidez por R?”, “Sabem que o puerpério é um período desafiante. O que conhecem sobre o impacto psicológico dessa fase e como pensam lidar com ele?”, “Após o nascimento de C e a vossa alta hospitalar, estão informados sobre como decorrerá a vigilância de saúde do bebé?”, “Já iniciaram os preparativos do enxoval para esta nova etapa?” e “Têm noção do que será essencial?”. As respostas de J revelaram uma grande confiança e familiaridade com o tema, refletindo a experiência adquirida na primeira gravidez. Essa vivência anterior proporcionou-lhe uma maior segurança para enfrentar os desafios desta nova gestação, permitindo-lhe também partilhar informações e expectativas com o seu S. Além disso, J partilhou que R ficou extremamente entusiasmado ao saber que iria ser irmão mais velho e demonstra grande ansiedade para conhecer C, refere que ele tem participado ativamente

nos preparativos para a chegada da bebé, mostrando curiosidade e entusiasmo, o que tem contribuído para fortalecer ainda mais a dinâmica familiar nesta fase de transição.

No que diz respeito à comunicação, utilizei um questionamento linear e reflexivo para explorar se o casal partilhava expectativas e receios associados à gravidez: “Enquanto casal, como têm vivido esta segunda gravidez?”, “Têm conversado sobre os desafios que podem surgir com a chegada de C e sobre possíveis mudanças na dinâmica familiar?”, “Sentem que partilham as mesmas preocupações e expectativas relativamente à parentalidade?”. A estas questões, J respondeu: “Esta segunda gravidez tem sido vivida de forma mais tranquila, pois já temos alguma experiência. No entanto, tanto eu como S sentimos alguma ansiedade em relação à adaptação de R e à forma como vamos equilibrar a atenção e os cuidados entre os dois filhos.” Quanto ao papel de R, referiu: “Ambos queremos estar o mais presentes possível e assegurar que conseguimos manter uma rotina harmoniosa para toda a família. Partilhamos a mesma preocupação em garantir que R não se sente excluído e que a transição para uma nova dinâmica a quatro seja positiva para todos.” Relativamente à partilha de receios, afirmou: “Temos falado muito sobre isso e percebemos que os nossos receios e expectativas são muito semelhantes. Ambos estamos confiantes, mas também sabemos que esta fase trará desafios, e queremos estar preparados para enfrentá-los juntos.” Assim, ficou evidente que, na perspetiva de J, o casal vive esta gravidez com sintonia, partilhando tanto as expectativas como as preocupações relativamente à chegada do segundo filho. Relativamente aos comportamentos de adesão, J demonstra um forte compromisso com a sua saúde e a do bebé, comparecendo assiduamente a todas as consultas. Além disso, a sua participação no curso de preparação para o parto e parentalidade, organizado pela UCC em parceria com a USF onde está inscrita, reflete o seu interesse em aprofundar conhecimentos e em preparar-se de forma mais abrangente para os desafios da maternidade. Com base nos dados recolhidos para avaliação da área de atenção da Adaptação à Gravidez formulou-se o diagnóstico de **Adaptação à Gravidez Adequada**

A segunda consulta, foi realizada no domicílio, com o casal 5 dias após o nascimento de C que leva a uma atualização do Genograma para uma melhor compreensão desta transição familiar:

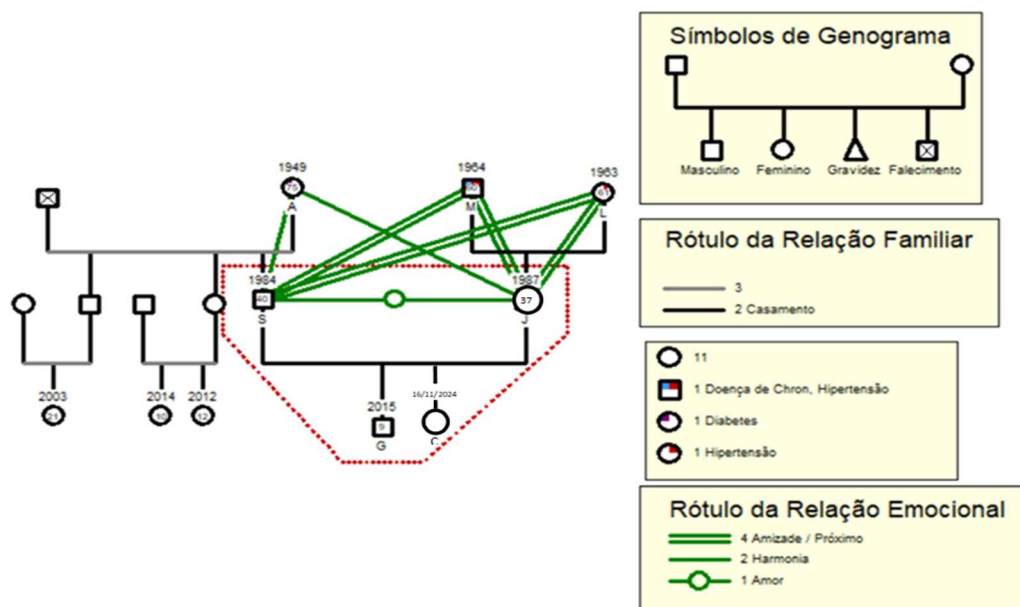


Figura A – Genograma da Família Violeta após o nascimento de C

No âmbito da satisfação conjugal, avaliado na segunda consulta, foram exploradas a relação dinâmica, a comunicação e a interação sexual. Relativamente à relação dinâmica, foram colocadas questões lineares, como: "Como dividem as tarefas domésticas em casa?", ao abordar este tema, J e S revelam que fazem o que é necessário de acordo com os horários de cada um: "Ajustamos conforme é preciso, às vezes sou eu que faço umas coisas outras vezes é o S". Perante esta afirmação, questionei: "E sentem que essa divisão é justa?", S respondeu: "Sim, nunca houve problemas! Também temos uma funcionária que faz as limpezas semanais e isso ajuda bastante", demonstrando assim **Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas**. Para impacto do nascimento de C no tempo que passam juntos em casal, foi colocada a seguinte questão: "Após o nascimento da C, sentem que houve impacto no tempo que passam juntos?", J respondeu: "Sim, agora até passamos

mais tempo juntos porque o S está de licença", ao que S responde: "Mas é um tempo dedicado sobretudo a cuidar da C e da J que também ainda precisa de muita atenção (sorri)", perante estas respostas questionei: "E como era antes do nascimento de C, passavam muito tempo juntos?", J responde: " Eu estou de baixa desde o início da gravidez por tenho estado mais disponível, aproveitamos bastante para disfrutar um do outro com S estava livre" revelando **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**. No que diz respeito à comunicação, foram colocadas questões lineares, reflexivas e de escala ao casal que se revelou satisfeito com a forma como comunica, destacando a partilha de expectativas e receios, bem como a existência de estratégias eficazes para lidar com conflitos, demonstrado **Comunicação Eficaz**. Quanto à interação sexual, procurou-se compreender o impacto da gravidez e do parto na vida íntima do casal, as respostas mostraram que estavam preparados para as mudanças inerentes a este processo. Desta forma, face aos dados obtidos foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal Mantida**

Relativamente ao Planeamento Familiar, o casal demonstrou que não planeia ter mais filhos. J revelou na última consulta iniciou contraceção com contraceptivo oral, prescrito pela médica de família, mas que aguarda a convocação para a colocação de DIU no hospital. O casal demonstrou conhecimento em relação à fertilidade e utilização do método contraceptivo. Perante esta situação, foi formulado o diagnóstico de **Planeamento Familiar Eficaz**.

Em relação ao Papel Parental na família com recém-nascido, no que respeita ao conhecimento das tarefas inerentes à nova etapa Desenvolvimental, foram colocadas questões lineares sobre diversos temas fundamentais no cuidado ao bebé, como o aleitamento materno, cuidados de higiene, choro, sono e vigilância de saúde. Entre as questões colocadas destacam-se: "Como alimentam a C?", "Têm alguma dificuldade em relação à amamentação?", "Em que horários mama a C?", "Como interpretam o choro do vosso bebé? Conseguem identificar diferentes tipos de choro?", "Sabem em que posição devem colocar o T no berço para dormir?" e "Sentem-se à vontade com as rotinas de higiene, como o banho e a troca de fraldas?", "Em relação aos cuidados ao coto umbilical, sabem como proceder?", "Conhecem alguns dos reflexos naturais do bebé (como o reflexo de

moro)?”, “Como têm sido as dejeções da C?”, “Sabem quais as características normais?”, . O casal demonstrou conhecimento em todas as áreas à exceção da amamentação que se estava a revelar um processo difícil no momento da primeira consulta, 5 dias após o parto., o que levou à identificação do subdiagnóstico **Conhecimento do Papel Não Demonstrado manifestado por Não aprendizagem do casal de habilidades sobre técnica de aleitamento materno**. Para avaliar os comportamentos de adesão foi realizada a consulta dos registos no SClínico-CSP®, que confirmou a presença dos pais nas consultas preconizadas e o cumprimento do PNV, foi também verificado que a C demonstrou boa evolução ponderal na 3ª consulta, e comportamentos de vinculação adequados. O casal mostrou consenso sobre o papel parental, sem indícios de conflito.

Foi então identificado o diagnóstico de **Papel Parental Não Adequado relacionado com Conhecimento do Papel Não Demonstrado manifestado por Não aprendizagem do casal de habilidades sobre técnica de aleitamento materno**. Para melhorar o conhecimento do casal neste âmbito, foram implementadas intervenções com o objetivo de promover o aumento do conhecimento do casal sobre a técnica de amamentação, face às dificuldades identificadas na pega correta da RN. Inicialmente, foi realizada uma avaliação da pega e posição do bebé durante a amamentação, identificando possíveis ajustes necessários. Em seguida, foram demonstradas as técnicas adequadas para uma pega eficaz, incluindo o alinhamento correto da RN, a abertura ampla da boca e a forma adequada de abocanhar a aréola. Foram ainda fornecidas orientações sobre sinais de sucção eficaz e estratégias para evitar dor ou fissuras mamárias. Dei espaço para a resolução de dúvidas e dei reforço positivo para aumentar a confiança do casal, garantindo um apoio contínuo e incentivando o a referenciação para o programa de apoio à amamentação promovido pela UCC, que o casal aceitou. A pega correta é fundamental para o sucesso da amamentação, garantindo que o bebé consiga extrair o leite materno de forma eficiente e confortável, o que contribui para um ganho de peso adequado e para a satisfação nutricional do recém-nascido (Rocha et al., 2020) o. Além disso, uma pega adequada previne problemas comuns nas mães lactantes, como dor,

fissuras nos mamilos e ingurgitamento mamário, condições que podem levar ao desmame precoce (Silva Reis, 2024). Uma técnica de amamentação adequada é fundamental na prevenção de dificuldades que podem comprometer a continuidade do aleitamento materno. Portanto, é essencial que profissionais de saúde orientem e apoiem as mães na técnica correta de amamentação, promovendo uma experiência positiva e bem-sucedida tanto para a mãe quanto para o bebê (Souza et al., 2022).

Na terceira consulta foi avaliado o resultado das intervenções no âmbito da amamentação, J revelou que C se encontra agora perfeitamente adaptada à mama, a ser alimentada em aleitamento materno exclusivo e sem complicações. Que os conhecimentos transmitidos acerca da correção da pega e o apoio recebido através da referenciação realizada para o projeto de apoio à amamentação foi também uma ajuda fundamental neste processo. De acordo com estes dados é possível identificar o diagnóstico de **Parental Adequado** obtendo-se assim ganhos em saúde.

Considerando que se trata de uma família nuclear com dois filhos – um recém-nascido e uma criança em idade escolar – tornou-se pertinente proceder à avaliação do Papel Parental – Famílias com filhos na escola, com o objetivo de compreender como os pais respondem às necessidades diferenciadas de cada filho numa fase de transição e reorganização do sistema familiar. Foram avaliadas as dimensões de conhecimento do papel, adaptação da família à escola e comportamentos de adesão.

Relativamente ao conhecimento do papel, foram colocadas questões lineares ao casal sobre os cuidados e rotinas essenciais nesta fase do desenvolvimento de G, com 9 anos de idade. Entre as questões destacam-se: *“Como é a alimentação do G?”* *“Consegue tomar sozinho ou precisa de ajuda?”*, *“Com que regularidade escova os dentes?”*, *“De que forma têm equilibrado o tempo e a atenção entre G e a recém-nascida C?”* Os pais demonstraram conhecimento adequado das necessidades do filho mais velho, evidenciando estratégias para reforçar a sua autoestima e participação ativa na dinâmica familiar, promovendo rotinas estruturadas, diálogo aberto e incentivo ao envolvimento de G em pequenas

tarefas relacionadas com os cuidados à irmã. Esta dimensão do papel parental é fundamental, uma vez que, como referem Figueiredo e Martins (2010), o exercício da parentalidade implica ajustamentos constantes às necessidades dos filhos, promovendo o seu crescimento saudável.

No que diz respeito à adaptação da família à escola, os pais relataram ter reorganizado os seus horários profissionais e familiares com o objetivo de manter a estabilidade de G após o nascimento da irmã, garantindo o seu acompanhamento diário e assegurando a continuidade das suas rotinas escolares e extracurriculares, nomeadamente o futebol, praticado num clube da área de residência. Esta adaptação permitiu preservar um ambiente previsível e seguro, o que é especialmente relevante numa fase em que a criança pode experienciar sentimentos ambivalentes em relação à chegada de um novo irmão. O nascimento de um segundo filho pode desencadear ajustamentos emocionais e comportamentais na criança mais velha, exigindo dos pais uma gestão sensível da atenção e da vinculação (Volling, 2012; Zhang et al., 2023).

Relativamente aos comportamentos de adesão, S e J revelam envolvimento consistente na vida escolar de G, demonstrado pela participação em reuniões escolares, acompanhamento das tarefas escolares e promoção da participação ativa em atividades extracurriculares, bem como a vigilância de saúde adequada e cumprimento do PNV. Adicionalmente, S e J revelam que G expressou grande entusiasmo com a chegada de C e tem-se envolvido de forma positiva nos cuidados à irmã, o que revela uma adaptação emocional saudável à nova dinâmica familiar. Os pais referem ainda o apoio regular dos avós na gestão das tarefas relacionadas com G, especialmente nesta fase de puerpério de J.

Face aos dados recolhidos, foi identificado **Papel Parental – Família com filhos na escola – Adequado**.

Em relação à Dimensão Funcional, e considerando a área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas as dimensões operativas no âmbito da *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica. A recolha destes dados foi feita ao longo das diferentes consultas através de questionamento circular e reflexivo. J. revelou, através do questionamento circular, que normalmente é ela que

identifica os problemas, sendo que “Pode haver discussões às vezes, mas nós rapidamente resolvemos, às vezes eu, outras vezes ele”. Pretendeu-se que J oferecesse um exemplo sobre uma experiência anterior positiva na resolução de problemas, no entanto J. não se recordou. Assim, questionou-se de forma linear se J: “Sente-se satisfeita com a forma como são discutidos os problemas com S?”, “Utilizam ou já utilizaram recursos externos para a resolução dos mesmos?”, ao qual J responde estar satisfeita e que “Muitas vezes recorremos aos meus pais, sobretudo para nos ajudarem com questões de gestão de tarefas com o G, e eles estão sempre prontos”, revelando assim **Coping Eficaz**. No que se refere à interação de papéis, os papéis de provedor estão a cargo de ambos, enquanto a gestão financeira fica mais a cargo de S, tendo esta situação sido acordada entre o casal, não existindo sinais de saturação ou conflito associados a estes papéis. O papel de cuidado doméstico mantém-se eficaz, conforme já avaliado anteriormente na satisfação conjugal. Relativamente ao papel recreativo, J revela que normalmente é planeia os programas em família. O papel de parente também é frequentemente desempenhado por J e nenhum dos elementos do casal relatou sinais de conflito ou saturação relacionadas com estes papeis.

Relativamente à relação dinâmica e no que se refere à coesão e adaptabilidade da Família Rosa, foi aplicada a escala FACES II a ambos os membros do casal, J descreveu a família como ligada e muito flexível, caracterizando-a como uma família equilibrada, classificação que foi igualmente atribuída por S. Para a avaliação da funcionalidade familiar, recorreu-se à escala APGAR Familiar de Smilkstein, aplicada a ambos os membros do casal. De acordo com J e S, a sua família é altamente funcional, tendo ambos atribuído uma pontuação total de 9 pontos.

Considerando os dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional, identificou-se o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional**, constituindo-se como uma força e recurso para a Família Violeta.

Prestação de cuidados ao Membro J, da Família Violeta

J tem 37 anos, não apresenta hábitos de consumo de tabaco, álcool ou drogas. ORH+. PNV atualizado. ORH+. Não faz medicação habitual, encontra-se nesta

fase a fazer suplementação alimentar com Natalben Lactação→ 2 cápsulas por dia conforme indicação médica. O PNV está atualizado e não há antecedentes clínicos relevantes. II Para, com parto eutócico, sem complicações associadas.

A primeira consulta com J ocorreu na USF, com 36 semanas de gestação, gravidez de baixo risco, sem intercorrências. Nessa consulta apresentava-se normotensa (113/72 mmHg) e normocardica (78bpm). Apresentava evolução ponderal normal, com um ganho de 11 kg desde o início da gravidez que se traduz num IMC de 25,8. Não foram identificados diagnósticos com necessidade de intervenção.

Na segunda consulta, realizados 5 dias após o parto, no domicílio, J encontrava-se bem-disposta. Revelou que estava a ter dificuldades com a amamentação, uma vez que tinha os mamilos macerados e sintia dor no momento da amamentação que a impediam de tolerar a sucção da RN. Descreveu também que tinha perda hemática vaginal escassa, de cor vermelho-escuro. De acordo com estes dados foram formulados para J seguintes diagnósticos:

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem formulados para J durante no puerpério

Foco de Atenção	Diagnóstico
Lactação	Sem lactação comprometida
Ingurgitamento mamário	Sem ingurgitamento mamário
Ingurgitamento mamário	Conhecimento sobre prevenção de ingurgitamento mamário
Maceração	Maceração presente (mamilo bilateral)
Perda Sanguínea	Perda sanguínea escassa (vaginal)
Dor	Dor Presente em grau moderado (mamilo bilateral)
Humor	Sem alterações do Humor

As intervenções foram direcionadas para a resolução da maceração dos mamilos, uma vez que esta era a causa da dor intensa referida por J e

representava um obstáculo à amamentação bem-sucedida. Devido a essa situação, C estava a ser alimentada com leite materno, extraído por bomba, com recurso a biberão, uma vez que a amamentação direta se tornava inviável. Foram implementadas intervenções para promover a cicatrização e alívio da dor, bem como orientações sobre técnicas que pudessem facilitar a transição para a amamentação ao peito, respeitando sempre o conforto materno e a adesão da puérpera ao processo. A maceração dos mamilos durante a amamentação pode causar desconforto significativo e comprometer a continuidade do aleitamento materno. Para o tratamento e alívio dos sintomas, diversas intervenções têm demonstrado eficácia, incluindo a aplicação de lanolina altamente purificada, leite materno, pomada de camomila e pensos de hidrogel, que promovem a cicatrização e reduzem a dor (Silva et al., 2022). A fotobiomodulação com laser de baixa potência também tem sido apontada como uma abordagem promissora na regeneração tecidual. Além disso, estratégias preventivas, como a correção da pega e a educação em saúde sobre cuidados com os mamilos, são fundamentais para evitar a progressão do trauma mamilar (Damasceno et al., 2024). A escolha da intervenção deve ser individualizada, considerando as necessidades da puérpera e a orientação de profissionais de saúde especializados. Na terceira consulta com J foi possível perceber que as intervenções tinham resultado positivamente na cicatrização dos mamilos, e que J tinha recorrido aos pensos de hidrogel com boa resposta. T referiu também ter uma ligeira perda hemática vaginal, conforme esperado nesta fase do puerpério, com coloração acastanhada e odor normal.

Para avaliar o humor, foi aplicada a Escala de Edimburgo na terceira consulta com J, aproximadamente oito semanas após o parto. O resultado foi 6, um valor que não sugere um risco significativo de depressão, mas que justifica a manutenção da vigilância.

Prestação de cuidados ao Membro C, da Família Violeta

A recém-nascida C, nascido de parto eutócico, a termo, com um índice de Apgar de 9/10/10. Ao nascimento apresentava 3,12 kg, 49 cm de estatura e 35,5 centímetros de perímetro cefálico. Está a ser alimentada exclusivamente com

leite materno, inicialmente por biberão e posteriormente adaptada à mama, e demonstra bons reflexos e choro vigoroso. A primeira consulta foi realizada 5 dias após o nascimento no domicílio. Verificou-se que o PNV estava atualizado, tendo o RN recebido a vacina contra a hepatite B (VHB) e a imunoglobulina específica para o vírus VSR (IgVSR) após o nascimento. Foi ainda identificada a elegibilidade para a vacina BCG, sendo que C não é elegível. O cordão umbilical caiu no dia da primeira consulta e encontrava-se sem sinais inflamatórios, J e S demonstraram conhecimento adequado para o cuidado do mesmo. A RN apresenta micções e dejeções frequentes, de características normais. Foi realizada nessa consulta, com consentimento dos pais, colheita de sangue para diagnóstico precoce. Foi também realizada a avaliação do peso, apresentava cerca de 3,07 kg, que demonstra uma perda fisiológica de 1,6%, um valor que se enquadra dentro do esperado. Nos primeiros dias de vida, é comum que os recém-nascidos percam entre 5% e 10% do peso de nascimento. Esta perda ocorre devido à eliminação de fluidos corporais acumulados durante a gestação e à adaptação ao aleitamento materno (SNS24, 2023a). Geralmente, os bebés começam a recuperar o peso a partir do 5.º ao 7.º dia de vida, atingindo novamente o peso de nascimento por volta dos 10 a 14 dias de vida. Caso a perda de peso ultrapasse os 10%, é necessária uma avaliação mais detalhada para identificar possíveis dificuldades na amamentação ou outras condições clínicas que possam justificar a perda excessiva (Flaherman et al., 2022).

De acordo com estes dados foram enunciados os seguintes diagnósticos:

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem formulados para C

Foco de Atenção	Diagnóstico
Mamar	Sem mamar comprometido
Ligação Mãe-filho	Sem ligação mãe-filho comprometida
Sucção	Sem sucção comprometida
Ferida	Conhecimento da mãe (e/ou) do pai para tratar da ferida (coto umbilical)

Com base nestes diagnósticos, não houve necessidade de intervenções adicionais.

ANEXO III - MAPEAMENTO DOS INDICADORES DO MDAIF

[mapeamentoindicadores.pdf \(esenf.pt\)](#)

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

b. Dimensão 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 conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

b. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100

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 conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial /Nº total de famílias com Edifício residencial negligenciado x 100

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 Precaução de Segurança /Nº total de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água /Nº total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100

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 Interação Sexual /Nº total de famílias com Interação Sexual não adequada
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Função Sexual /Nº total de famílias com Função Sexual comprometida 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 Fertilidade /Nº total de famílias com Fertilidade Comprometida x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento sobre vigilância pré concecional /Nº total de famílias com Conhecimento sobre vigilância pré-concecional não demonstrado 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 Adaptação Gravidez /Nº total de famílias com Adaptação Gravidez não demonstrada x 100

- Nº de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento /Nº total de famílias com Conhecimento não demonstrado 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 Comportamentos Adesão /Nº total de famílias com Comportamentos Adesão 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
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado 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
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

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 Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100

- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis / N° total de famílias com Interação Papéis conflitual x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica / N° total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

ANEXO IV

Planeamento da Formação

Título: Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do PSF

Objetivo Geral: Contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do PSF do SClínico-CSP na avaliação e intervenção familiar referentes às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional

Objetivos Específicos:

- Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção;
- Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;
- Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;
- Contribuir para a utilização das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Atividades:

- Realização de ação de formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do PSF do SClínico-CSP com recurso à matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (avaliação familiar da dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional).

- Sessões de *coaching* individual com cada elemento da equipa de enfermagem da USF (acompanhar ativamente a documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias)

População-alvo: Equipa de enfermagem da USF

Etapas	Objetivos	Estratégias	Quando
Etapa 1 Diagnóstico da situação	Identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados no programa "Saúde da Família" do SClínico-CSP	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um questionário de diagnóstico da situação; - Aplicação do questionário de diagnóstico da situação; - Elaboração de um instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"; - Aplicação de um instrumento de auditoria aos registos dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"; - Análise dos dados. 	01/11/2024 a 25/11/2024
	Avaliar a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"		
Etapa 2 Desenvolvimento da formação em serviço	Planear a ação de formação	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do plano de sessão; - Realização da apresentação; - Elaboração da folha de participantes; - Realização do questionário de avaliação da ação de formação. 	22/11/2024 a 03/12/2024
Etapa 3 Execução da formação em serviço	Capacitar a equipa de enfermagem da USF com conhecimentos e competências para efetuar a documentação da avaliação familiar (dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional) no âmbito do programa "Saúde da Família" do SClínico-CSP	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dos conteúdos (métodos expositivo, ativo/participativo e interrogativo); - Aplicação do questionário de avaliação da ação de formação; - <i>Coaching</i> individual (acompanhar ativamente cada elemento da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias). 	06/12/2024 a 19/12/2024
	Garantir apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias		
Etapa 4 Avaliação dos resultados	Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do mesmo questionário de diagnóstico da situação inicial para avaliação de conhecimentos; - Aplicação do mesmo instrumento de auditoria aos registos seis semanas após a ação de formação; - Análise dos dados. 	06/01/2025 a 22/01/2025
	Identificar os conhecimentos adquiridos após a ação de formação		
	Identificar as competências adquiridas através da documentação elaborada pela equipa de enfermagem da USF após três semanas		

ANEXO V

Instrumento de auditoria aos registos dos cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Para a realização da auditoria da documentação dos cuidados no *SClínico* - CSP foram selecionados aleatoriamente 16 processos clínicos individuais (2 de cada enfermeira da USF).

Os registos auditados referem-se aos registos efetuados nos processos clínicos familiares aos quais pertence o indivíduo e aos registos nos processos clínicos individuais.

Instrumento de auditoria aos registos dos cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar				
Parâmetros Gerais de Registo				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
1. Apresenta registos no "Processo Familiar"				
2. Associa o programa "Saúde da Família" ao processo clínico familiar				
3. Associa o programa "Saúde da Família" ao processo clínico individual				
4. Apresenta registos de, pelos menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF				
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF				
6. Apresenta registos sobre "Tipo de Família"				
7. Apresenta registos sobre "Classe Social"				
8. Apresenta registos sobre "Suporte"				
9. Apresenta registos da área "Abastecimento de água"				
10. Apresenta registos da área "Habitação"				
11. Apresenta registos da área "Rendimentos"				
12. Apresenta registos da área "Precaução de Segurança"				
13. Apresenta registos da área "Animal Doméstico"				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF				
14. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF				
15. Apresenta registos sobre "Ciclo Vital de Duvall"				
17. Apresenta registos da área "Satisfação Conjugal"				
18. Apresenta registos da área "Planeamento Familiar"				
19. Apresenta registos da área "Adaptação à Gravidez"				

ANEXO VI

Questionário de avaliação da Ação de Formação

Questionário de avaliação da Ação de Formação

Título: Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"

Formadoras: Bárbara Fonseca e Carina Coelho

Data: 06/12/2024

A sua opinião sobre esta ação de formação que terminou é muito importante. Por favor, assinale com um X cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 "nada" e ao valor 5 "muito" conforme a sua opinião.

A – CONTEÚDOS PROGRAMATICOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					

B – FORMADORAS	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição das matérias tratadas na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as na sessão					
Relacionamento com os/as formandos/as					
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas					
Pontualidade/cumprimento do horário da sessão					

C – ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc.)					
Carga horária da sessão					

D – AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
A ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento					
Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colégas					

Sugestões/Críticas:

Obrigada pela atenção.

ANEXO VII

eSEP
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"

DEZEMBRO 2024

Mostrador do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem
Comunidade no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORIAS:
CARINA COELHO
SÁBIA FONSECA

1

ÍNDICE

1 - OBJETIVOS 2 - ENQUADRAMENTO
3 - PROGRAMA "SAÚDE DA FAMÍLIA" 4 - CONCLUSÃO
5 - BIBLIOGRAFIA

DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

2

OBJETIVOS

GERAIS

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a matriz operativa do MDAIF.
- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família" do SClínico-CSP.
- Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de enfermagem à família.

ESPECÍFICOS

- Explicar os conceitos de Família, Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e Enfermeiro de Família.
- Explicar a matriz operativa do MDAIF.
- Demonstrar a forma como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no SClínico-CSP.
- Motivar para a transferibilidade para a prática clínica dos conhecimentos adquiridos na formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família".
- Identificar a relação entre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF.

DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

A Família

Formada por indivíduos que se unem em virtude de relações afetivas, manifestando relações intrínsecas, mútuas e intrinsecamente ligadas ao contexto (Figueiredo, 2012).

É percebida como uma unidade dinâmica com a capacidade intrínseca de auto-determinação e auto-organização ao longo de seu desenvolvimento, contribuindo significativamente para a construção de sua própria identidade (Figueiredo, 2012).

Para promover estratégias de saúde eficazes, é essencial considerar tanto as necessidades individuais de cada membro quanto a funcionalidade da família como um todo (Figueiredo, 2012).

DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

A Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro de Família

A estrutura de enfermagem de Saúde Familiar, permite a avaliação e intervenção à família com objetivo de identificar as forças e os recursos disponíveis de forma a facilitar a co construção de soluções para as necessidades identificadas (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2020).

O Enfermeiro de Família desenvolve uma relação terapêutica, dinâmica, recursiva e de reciprocidade na prestação de cuidados, promovendo a capacitação dos elementos da família na elaboração de estratégias para a motivação das forças e dos recursos internos e externos (Figueiredo, 2012; Wright & Leahy, 2005).

DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

5

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF

É uma abordagem centrada na família que visa estruturar e orientar a prática dos enfermeiros em cuidados de saúde primários. Este modelo organiza as intervenções em torno de dimensões operativas — estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar —, permitindo uma avaliação sistemática e intervenções direcionadas às necessidades específicas de cada família.

Promove ganhos em saúde ao fortalecer a resiliência familiar, melhorar a capacidade de gestão de crises e apoiar o alcance de objetivos de saúde

DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

6

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF

Ao integrar ferramentas de documentação padronizadas, como o SClínico, o MDAIF garante não só a monitorização dos resultados obtidos, mas também o alinhamento com práticas éticas e legais da enfermagem, valorizando a gestão integrada da saúde familiar (Figueiredo et al., 2017).

Otimiza o papel do enfermeiro de família promovendo uma visão holística e sistémica das intervenções.

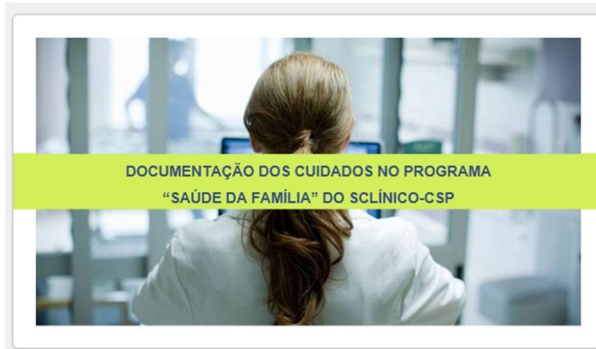
DEZEMBRO 2024

AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR - MDAIF

DEZEMBRO 2024

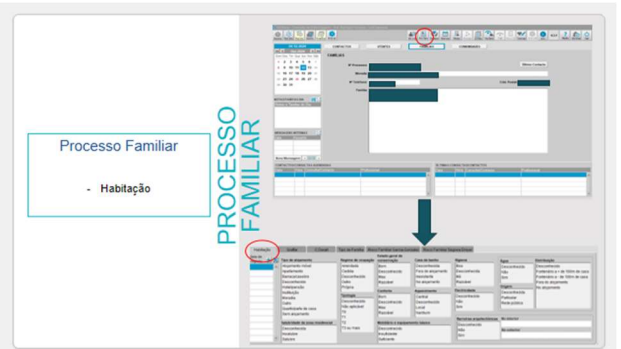
AUTORIAS: CARINA COELHO SÁBIA FONSECA



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS NO PROGRAMA
"SAÚDE DA FAMÍLIA" DO SCLÍNICO-CSP

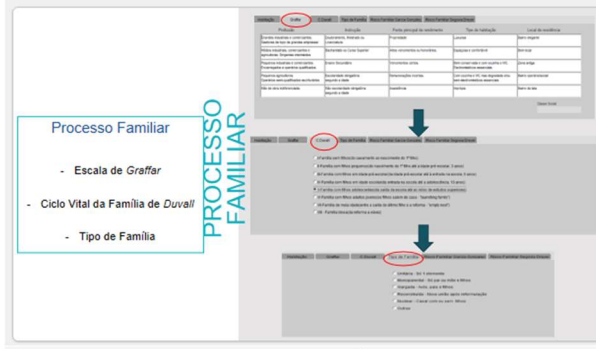
9

★



10

★



COMO ACEDER AO PROCESSO DA FAMÍLIA

1: Para o utente selecionado, utilizar o separador famílias

2: Abrir contacto

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COLHO BARBOSA FONSECA

13

★

COMO ACEDER AO PROCESSO DA FAMÍLIA

3: Selecionar os membros da família presentes na consulta

Os membros do agregado familiar inscritos na unidade devem estar atualizados

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COLHO BARBOSA FONSECA

14

★

COMO ACEDER AO PROCESSO DA FAMÍLIA

4: Abrir Programa "Saúde da Família"

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COLHO BARBOSA FONSECA

Avaliação Inicial da Família

5: Selecionar Avaliação Inicial

DEZEMBRO 2024

AUTORAS: CARINA COLHO BARBOSA FONSECA

DIMENSÃO ESPIRITUAL

- Resiliência Familiar
- Estilo Parental
- Prevenção de Riscos
- Avaliação de Risco
- Ativação

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORIA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

17



DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

- Desenvolvimento
- Qualidade de Vida
- Prevenção de Riscos
- Avaliação de Risco
- Ativação

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORIA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

18



DIMENSÃO FUNCIONAL

- Funcional
- Plano de Cuidados
- Processo Familiar

Figueiredo, 2012

DEZEMBRO 2024 AUTORIA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

Conclusão

Os registos de enfermagem no programa SClinico desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade e continuidade dos cuidados, também no âmbito da Saúde Familiar.

A documentação adequada dos cuidados e ganhos em saúde, ao documentar de forma rigorosa e detalhada, os enfermeiros não só cumprem os preceitos éticos e legais da sua prática, como também contribuem para a personalização dos cuidados e para a gestão integrada da saúde das famílias (Figueiredo et al., 2017).

Conclusão

Investir na qualificação contínua dos profissionais de enfermagem para o uso desta ferramenta é essencial para potencializar estes benefícios. Assim, a integração do SClinico torna-se um pilar estratégico para uma prática de enfermagem baseada em evidências e voltada para a excelência dos resultados em saúde.

21



Bibliografia

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Silva, R., Andrade, C., Brás, M. A., & Oliveira, P. (2017). *Impacto do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar nos ganhos em saúde para as famílias*. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). <http://hdl.handle.net/10198/14904>
- Pereira, M. C., Reis, M. A., Fiha, F. S. S. C., Fidelis, A., Souza, T. V., Silva, R. C., Bezerra, M. L. R., Macedo, C. S., Filho, I. M. M., & Gondim, M. C. (2020). *Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(4), 1-15. <https://doi.org/10.25248/reaas.v20i4.2020>
- Wright, L. M., & Leahy, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. Editora Roca.

DEZEMBRO 2024 AUTORIA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

22



"Sozinho podemos fazer tão pouco; juntos podemos fazer muito."
Helen Keller

OBRIGADA!

QUESTÕES?

DEZEMBRO 2024 AUTORIA: CARINA COELHO BARBARA FONSECA

ESEP

Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"

DEZEMBRO 2024

Mestradas do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem
Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

AUTORIAS:
CARINA COELHO
BARBARA FONSECA

ANEXO VIII

Plano de Sessão + Apresentação PowerPoint (PPT) da Ação de Formação

PLANO DE SESSÃO						
Título	Documentação dos Cuidados de Enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"					
Data	06/12/2024	Hora	Início: 14h30	Fim: 15h30	Local	USF
População-alvo	Equipa de Enfermagem da USF					
Formadoras	Bárbara Fonseca e Carina Coelho					
Objetivos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a matriz operativa do MDAIF; - Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família" do SClínico-CSP; - Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de enfermagem à família. 					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar os conceitos de Família, Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e Enfermeiro de Família; - Explicar a matriz operativa do MDAIF; - Demonstrar a forma como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no SClínico-CSP; - Motivar para a mobilização na prática clínica dos conhecimentos adquiridos na formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito do programa "Saúde da Família"; - Identificar a relação entre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família e a melhoria do desempenho global da USF. 					

ANEXO IX

Semana Europeia 2024
Aleitamento Materno

CERTIFICADO

Certifica-se que **Carina Alexandra Martins Coelho** participou na **II Conferência para profissionais de saúde - Aleitamento materno para todos**, que decorreu no dia 04 de outubro de 2024 no Auditório Manuel Menezes de Figueiredo, em Vila Nova de Gaia.

Carga horária total de 5 horas.

Vila Nova de Gaia, 04 de outubro de 2024

Pel'A Comissão Organizadora



M. Graça Ferreira



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
GAIA E ESPINHO

VILA NOVA DE
GAIA
CENTRO PAROCIAL

ANEXO X

