



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO ACIDENTAL COM MEMBRO
PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**FAMILIES IN ACCIDENTAL TRANSITION WITH A MEMBER
SUFFERING FROM ARTERIAL HYPERTENSION:
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL
COMPETENCIES IN COMMUNITY HEALTH NURSING
WITHIN THE FIELD OF FAMILY HEALTH NURSING**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Daniela Cristina Azevedo Brandão

Porto, 2025

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

FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO ACIDENTAL COM
MEMBRO PORTADOR DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL: DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Maria José Peixoto e
coorientado pela Mestre Ana Isabel Vilar

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as pessoas que me apoiaram neste percurso longo e exigente, em especial:

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, enquanto coordenadora da unidade curricular, pelas orientações e pela partilha de sabedoria na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

À Professora Doutora Maria José Peixoto e à Professora Ana Isabel Vilar, orientadora e coorientadora científicas, pelas orientações, disponibilidade e apoio demonstrado ao longo do percurso.

À Professora assistente Virgínia Guedes, pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação nos estágios.

Ao Enfermeiro cooperante, por toda a sua dedicação, orientação, colaboração, acompanhamento e disponibilidade nos estágios.

Aos restantes membros da equipa interdisciplinar da Unidade de Saúde Familiar, pelo acolhimento ao longo deste percurso, pela amabilidade e disponibilidade.

A todas as famílias que apresentaram disponibilidade e cooperaram na concretização deste trabalho.

À minha família, especialmente ao Ricardo, pilares fundamentais ao longo de todo o percurso, por todo o apoio prestado, motivação e ajuda. Muito obrigado.

Finalmente, agradeço aos colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela entreaajuda, incentivo e companheirismo ao longo deste percurso.

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, inseridas no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os objetivos deste estágio foram desenvolver as competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente, o cuidar da família como um todo e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos vários tipos de prevenção; e liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

A família, enquanto unidade sistémica em transformação, caracteriza-se pela presença de relações dinâmicas e complexas, ao longo do ciclo vital. De destacar, a sua capacidade de auto-organização face a transições normativas e accidentais.

A prestação de cuidados às 4 famílias em transição accidental do tipo saúde/doença, constituídas por membros portadores de Hipertensão Arterial, foi orientada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e pelo Modelo de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar, e a Teoria das Transições, na avaliação de cada membro individualmente. Na intervenção familiar, destacaram-se as técnicas transversais e específicas de intervenção familiar sistémica, enquanto atividades que concretizaram as intervenções. As técnicas transversais utilizadas foram as questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas e de escala, e as técnicas específicas de intervenção familiar sistémica foram o reenquadramento, a conotação positiva, a metáfora e o ritual terapêutico. Como técnica de intervenção individual destacou-se a entrevista motivacional. A satisfação conjugal foi a área de atenção com maior necessidade de intervenção, sendo que, com as intervenções implementadas, houve uma modificação positiva no estado do diagnóstico em todas as famílias. Relativamente à avaliação e intervenção individual, os domínios autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar e padrão de exercício, foram os que necessitaram de intervenção, com modificação do status do diagnóstico em todos os indivíduos. No decorrer do estágio, foi também identificada a necessidade de formação da equipa de enfermagem, acerca da documentação em Enfermagem de Saúde Familiar, contribuindo para o aumento de conhecimento e mudança de comportamento, na prática da documentação dos cuidados prestados.

As atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com um contributo relevante para as famílias alvo de cuidados.

Palavras-chave: Família, Enfermagem de Saúde Familiar, Transição, Hipertensão Arterial

ABSTRACT

The present report describes the activities carried out within the scope of the Curricular Units of Professional Internship with Report – Module I and Module II, included in the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The objectives of this internship were to develop the competencies defined for the Specialist Nurse in Community Nursing, specifically in the area of Family Health Nursing. These include caring for the family as a whole and for each of its members throughout the life cycle and across different levels of prevention, as well as demonstrating leadership and collaboration in intervention processes within Family Health Nursing.

The family, as a systemic unit in transformation, is characterized by the presence of dynamic and complex relationships throughout the life cycle. Notably, families exhibit self-organization when facing both normative and accidental transitions.

The provision of care to the 4 families experiencing an accidental health/illness transition, composed of members with Hypertension, was guided by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and the Family Resilience, Stress, Adjustment, and Adaptation Model in the evaluation of the family as a whole, as well as by the Theory of Transitions in the individual assessment of each member. In family intervention, both transversal and specific techniques of systemic family intervention were highlighted as key activities in implementing interventions. The transversal techniques used included linear, reflective, circular, hypothetical, and scaling questions, while the specific systemic family intervention techniques comprised reframing, positive connotation, metaphor, and therapeutic ritual. The motivational interview stood out as an individual intervention technique. Marital satisfaction emerged as the area requiring the most attention, and with the interventions implemented, there was a positive change in the diagnostic status of all families. Regarding individual assessment and intervention, the domains requiring intervention included medication regimen self-management, dietary pattern, and exercise pattern, all of which showed an improvement in diagnostic status in every individual. During the internship, the need for training among the nursing team regarding documentation in Family Health Nursing was also identified. This contributed to an increase in knowledge and behavioural change in the practice of documenting the care provided.

The activities carried out contributed to the development of the competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing, particularly in the area of Family Health Nursing, providing a significant contribution to the families receiving care.

Keywords: Family, Family Health Nursing, Transition, Arterial Hypertension

CHAVE DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FC – Frequência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IFNA - International Family Nursing Association

IMC – Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCDT's - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

MIE – Membro Inferior Esquerdo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAI – Plano de Acompanhamento Interno

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PNDCCV - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PNPAF - Programa Nacional da Promoção da Atividade Física

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

SI – Sistema de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPH – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. INTRODUÇÃO	10
2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	14
2.1. Descrição do contexto da prática	15
2.2. Caracterização das famílias	19
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
3.1. Enfermagem de Saúde Familiar	22
3.2. A família em transição accidental	25
3.2.1. A pessoa em transição saúde-doença: o caso da Hipertensão Arterial	30
4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	40
4.1. Prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados, e aos seus membros	40
4.1.1. Recursos e técnicas de avaliação e intervenção na família e nos seus membros	41
4.1.2. Descrição dos cuidados às famílias e seus membros	50
4.1.3. Avaliação dos ganhos em saúde	87
4.2. Liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	92
4.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	93
4.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	94
5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	105
6. CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	137

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

ANEXO II – MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF EM VERSÃO REDUZIDA

ANEXO III – CUIDADOS PRESTADOS À FAMÍLIA 3

ANEXO IV – CUIDADOS PRESTADOS À FAMÍLIA 4

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

ANEXO VI – ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

ANEXO VII – PLANO DE FORMAÇÃO

ANEXO VIII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ANEXO IX – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

ANEXO X – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO - NÍVEL 1 DE KIRKPATRICK

ANEXO XI – RESULTADOS - NÍVEL 1 DE KIRKPATRICK

ANEXO XII – CERTIFICADO WEBINAR - INTERVENÇÃO SISTÊMICA À FAMÍLIA

ANEXO XIII – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE PÓSTER - LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ANEXO XIV – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO - ENTREVISTA FAMILIAR

ANEXO XV – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO - ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ANEXO XVI – CERTIFICADO DO II ENCONTRO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ANEXO XVII – CERTIFICADO DO WEBINAR - ONTOLOGIA: FAMÍLIA ENQUANTO CLIENTE NOS CUIDADOS

ANEXO XVIII – CERTIFICADO DO 3º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ANEXO XIX – CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL – AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA MONOPARENTAL FACE À ENTRADA DOS FILHOS NA ESCOLA: REVISÃO SCOPING

ANEXO XX – CERTIFICADO DO CAPÍTULO IBERO AMERICANO – IFNA: EXPERIÊNCIAS INTERCULTURAIS E DESAFIOS NO TRABALHO COM FAMÍLIAS: PERSPECTIVAS DO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções ao membro F da Família 1.....	68
Quadro 2 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro H da Família 1.....	70
Quadro 3 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro H da Família 2.....	84
Quadro 4 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro I da Família 2.....	86
Quadro 5 - Resultados das taxas de avaliação relativamente à composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social e das taxas de avaliação e dos ganhos em saúde da dimensão estrutural do MDAIF.	88
Quadro 6 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde relativamente à dimensão de desenvolvimento do MDAIF.....	89
Quadro 7 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde relativamente à dimensão funcional do MDAIF	91
Quadro 8 - Resultados pré e pós sessão formativa	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária das pessoas inscritas na USF. Fonte: BI-CSP.....	18
Figura 2 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 1	55
Figura 3 - Ecomapa da Família 1	56
Figura 4 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 2	73
Figura 5 - Ecomapa da Família 2	74

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional – Módulo II, inseridas no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O Estágio de Natureza Profissional - Módulo I decorreu no período de 16 de abril a 21 de junho de 2024, num total de 170 horas e o Estágio de Natureza Profissional - Módulo II decorreu no período de 16 de setembro de 2024 e 21 de janeiro de 2025, num total de 340 horas, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) a norte de Portugal. Este relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, fundamentadas com evidência científica, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) (Regulamento nº 428/2018).

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a base do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que apresenta como características: a eficiência, a acessibilidade e a equidade (Figueiredo et al., 2023a). Estes cuidados centram-se na satisfação das necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, numa abordagem dos determinantes de saúde, focando-se em aspetos da saúde física, mental e social, e do bem-estar das pessoas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2024). Nos CSP são prestados cuidados holísticos, ao longo do ciclo vital, de acordo com as necessidades em saúde, desde a promoção da saúde, à prevenção da doença, ao tratamento, à reabilitação e os cuidados paliativos (OMS, 2024).

Na área dos CSP, mais especificamente nas Unidades de Saúde Familiar (USF's), os enfermeiros de família são promotores de saúde e estão numa posição de relevo na promoção da saúde familiar e na gestão de recursos, de forma a potencializar as forças da família, enquanto sistema dinâmico (Figueiredo et al., 2023a). Dada a relevância atribuída ao papel do enfermeiro

de família, como eixo central da prestação de cuidados nos CSP, no ano de 2018, foi aprovado o Regulamento de Competências Específicas do EEECESF (Regulamento nº 428/2018). Estas competências são: cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros individualmente, no decurso do ciclo vital e nos vários níveis de prevenção, assim como, a competência de liderança e cooperação em processos de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (Regulamento nº 428/2018). As competências mencionadas permitem ao EEECESF a capacidade de prestar cuidados à família de forma a promover a sua capacitação, mobilizando as suas forças e recursos, com o objetivo de atingir a maximização do seu potencial de saúde, no decorrer do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

A família é considerada um sistema dinâmico, em que o comportamento de cada membro, tem repercussões nos restantes e na família como um todo (Figueiredo, 2023a). O aparecimento de uma doença num dos membros da família é um fator de *stress* que afeta todo o sistema familiar, com necessidade de reorganização do mesmo. Trata-se de um processo de mudança em que é necessária adaptação e manutenção do equilíbrio dinâmico da família, para o seu correto funcionamento, processo este que se denomina de transição accidental do tipo saúde/doença (Cotrim, 2023; McCubbin & McCubbin, 1993). Neste processo de transição, ocorrem alterações no sistema familiar como um todo e nos vários subsistemas que dele fazem parte, nomeadamente, mudanças na estrutura e no processo familiar, com impacto nas emoções dos seus membros (Cotrim, 2023; Figueiredo, 2023a). A avaliação e intervenção em famílias em transição accidental pode ser realizada de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), de Figueiredo (2012) e com o Modelo de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar, de McCubbin e McCubbin (1993). O MDAIF é um referencial teórico e operativo, com orientação na prática clínica dos enfermeiros nos cuidados com as famílias (Figueiredo, 2012). O Modelo de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar procura explicar a capacidade de adaptação e resiliência das famílias perante situações de crise ou de *stress* (McCubbin & McCubbin, 1993).

O aparecimento de uma doença crónica num dos membros da família, implica uma transição individual do tipo saúde/doença, que está associada à passagem de um estado saudável para um estado de doente. Este processo exige assimilação de novos conhecimentos e mudança dos comportamentos, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010). Esta teoria apresenta a transição como o conceito central, caracterizada como uma fase de vulnerabilidade para o indivíduo, uma vez que, afeta a sua saúde e o bem-estar. O EEECESF tem a capacidade de intervir nas necessidades identificadas no indivíduo e na família, neste processo adaptativo inerente à transição saúde/doença.

A escolha da temática do presente relatório emergiu da caracterização de uma amostra accidental de 60 famílias da lista do enfermeiro cooperante. Da sua análise constatou-se que 60,0% das famílias apresentam pelo menos um membro portador de Hipertensão Arterial (HTA) e 10,0% das famílias apresentam um membro portador de HTA com diagnóstico recente, isto é, inferior a seis meses. Dada a relevância da intervenção do EEECESF o mais precoce possível nos processos adaptativos, considerou-se pertinente avaliar e intervir em famílias em transição accidental com membro portador de HTA. Esta é uma doença crónica caracterizada por um aumento da pressão exercida pelo sangue no interior dos vasos sanguíneos da Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e / ou da Pressão Arterial Diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, em pelo menos duas medições (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013a). Para além de ser uma doença crónica, é o fator de risco modificável mais preponderante na morbilidade e mortalidade cardiovascular, em Portugal e no mundo (Capela & Polonia, 2024; DGS, 2017a).

Nas pessoas portadoras de doenças crónicas, como a caso da HTA, a autogestão é um conceito particularmente importante e que está associado às competências necessárias adquiridas pelos indivíduos, para que estes tomem decisões acertadas tendo como objetivo principal o bem-estar (Bastos et al., 2023; Lorig & Holman, 2003).

Para a elaboração deste relatório, a metodologia utilizada, baseou-se na análise de documentos internos da USF; em plataformas dos sistemas de informação dos CSP, nomeadamente, o MIM@UF, o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e o *SClínico*®; documentos com orientações políticas nacionais e do órgão regulador da profissão de enfermagem em Portugal; pesquisas em bases de dados científicas; leitura e análise de livros, assim como de dissertações de mestrado/doutoramento.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. Após o presente capítulo (um) que corresponde à introdução, será apresentado o segundo capítulo com a descrição do contexto clínico, onde foram realizados os estágios e a caracterização das famílias. No terceiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico, que fundamenta a prática clínica desenvolvida. No quarto capítulo encontra-se explanada a avaliação e intervenção às famílias alvo de cuidados, assim como os ganhos em saúde e as atividades desenvolvidas no âmbito da liderança e colaboração em processos de intervenção, no âmbito da ESF. No quinto capítulo é feita uma análise crítico-reflexiva do processo de aprendizagem e das competências adquiridas ao longo dos estágios. No sexto capítulo será apresentada a conclusão do relatório. Finalmente, serão apresentadas as referências bibliográficas e os anexos.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Nos CSP, no ano de 1971, em Portugal, surge a Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência, incrementando uma nova organização dos serviços do Ministério da Saúde, sendo criados os centros de saúde de primeira geração. A nível mundial, a primeira Conferência Internacional de CSP surge no ano de 1978, em Alma Ata, onde é proposta a criação e o desenvolvimento dos CSP. Posteriormente, em Portugal e no ano de 1979, é criado o SNS, assegurado e financiado pelo estado português, como um serviço universal, global e gratuito (Pisco & Pinto, 2020). A maior reforma dos CSP, em Portugal, surge no ano 2005, com o objetivo de melhorar a organização, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, onde foram criadas as USF's, equipas multiprofissionais e autónomas, na sua organização e gestão, que integravam os centros de saúde (Biscaia & Heleno, 2017; Gato, 2023). Acontece, também, a criação das restantes unidades dos centros de saúde - a Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados (UCSP), a Unidade de Saúde Pública (USP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (Biscaia & Heleno, 2017; Gato, 2023). Posteriormente, em 2008, surge a criação dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), com a reorganização dos centros de saúde em ACES, com o objetivo de melhorar a articulação das diferentes unidades de CSP e melhorar a gestão. Cada ACES apresentava diferentes tipos de unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP e URAP (Biscaia & Heleno, 2017; Gato, 2023). Após, entre 2015 e 2020 surge a expansão das USF's pelo país, com maior autonomia na gestão de recursos humanos e financeiros e a consolidação das USF modelo C, como parcerias público-privadas (Gato, 2023). Uma nova organização do sistema de saúde português surgiu no início do ano de 2024, com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS's) que integram hospitais, centros hospitalares e os ACES com um modelo organizativo e de funcionamento das ULS's. Esta nova requalificação, ao apresentar numa única gestão comum, os serviços hospitalares e os CSP, proporciona uma melhor eficiência na gestão de recursos e uma melhor articulação entre profissionais de saúde, nos vários níveis de cuidados, facilitando a comunicação e

colaboração entre as USF's e outras unidades de saúde e a continuidade de cuidados (Decreto-Lei 102/2023).

No presente capítulo será apresentada uma descrição da USF onde foi realizado o estágio, especificamente: os recursos físicos e humanos, o modelo de organização e o método de trabalho, assim como os projetos em curso, sustentada na análise de documentos internos da USF, nomeadamente, o Regulamento Interno, e das plataformas dos Sistemas de Informação (SI), nomeadamente, o MIM@UF, o BI-CSP e o *SClínico*®. Será também realizada uma caracterização das famílias do ficheiro do enfermeiro cooperante, decorrente do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I.

2.1. Descrição do contexto da prática

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II decorreu numa USF, a norte de Portugal. A USF é uma unidade integrada numa ULS, que é composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, responsáveis pelos cuidados de saúde, tanto à família como ao indivíduo, com autonomia a nível da sua organização, funcionamento e a nível técnico (Decreto-Lei 103/2023). A estrutura orgânica da USF é composta pelo coordenador da equipa, pelo conselho técnico e o pelo conselho geral (Decreto-Lei 73/2017). O coordenador da equipa é um médico, eleito pela equipa da USF, por um período de três anos, com funções de coordenação das atividades da equipa multiprofissional, de forma a ser cumprido o plano de ação e as regras que orientam a atividade da USF (Decreto-Lei 73/2017). O conselho técnico é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico e tem como função, dar orientações para cumprir as normas técnicas divulgadas por entidades competentes e a implementação de procedimentos que melhorem a qualidade dos cuidados de saúde (Decreto-Lei 73/2017). O conselho geral é composto por todos os profissionais da USF e apresenta como funções, entre outras, a aprovação do regulamento interno da USF, o plano de ação, a carta da qualidade, o relatório de atividades da unidade e as regras de distribuição de incentivos (Decreto-Lei 73/2017).

Atualmente, o Decreto-Lei 81/2024 define a organização das USF's apenas em dois modelos: B e C. Os critérios à constituição do modelo C são definidos pelo governo, pelos membros da área das finanças e da saúde e apresentam uma estrutura com mais autonomia e flexibilidade, com melhoria no acesso aos cuidados de saúde e eficiência na sua prestação (Decreto-Lei 81/2024). Este modelo serve de complemento das USF's modelo B e tem como objetivo satisfazer as necessidades identificadas em cuidados de saúde, numa determinada área geográfica e podem ser contratualizadas com o setor social e privado (Decreto-Lei 81/2024).

A USF onde foi realizado o estágio é de modelo B e tem por missão a realização de cuidados de saúde à população que se encontra inscrita naquela área geográfica, assegurando que os serviços sejam acessíveis, abrangentes, de alta qualidade e contínuos, segundo o seu Regulamento Interno (2019).

A USF tem como visão, ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características da população abrangida, com proximidade entre as famílias e os seus membros, sustentável e construída com a iniciativa empreendedora dos profissionais que a constituem. Esta USF orienta a sua atividade pelos valores de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (Regulamento Interno da USF, 2019).

O método de trabalho desta USF é através de uma lista partilhada entre enfermeiro de família e médico de família e a equipa profissional é constituída por nove enfermeiros, nove médicos e oito secretários clínicos. Dos enfermeiros que constituem a equipa, quatro são enfermeiros de cuidados gerais, três são especialistas em enfermagem comunitária, um é especialista em enfermagem de reabilitação e um é especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Apresenta ainda uma equipa de limpeza e uma equipa de vigilância.

No que concerne à estrutura física, esta USF é sediada no piso zero de um edifício, constituído pelo secretariado, duas salas de espera dos utentes, sanitários, nove gabinetes, onde usualmente se fazem as consultas médicas e

nove gabinetes, onde usualmente se fazem as consultas de enfermagem, três salas para tratamentos, uma sala de observação para utentes que requerem maior vigilância clínica e espaços de uso exclusivo dos profissionais da USF (copa, vestiários, sala de reuniões).

Os programas informáticos utilizados pela equipa de enfermagem são: o *SClínico*®, onde são realizados registos no processo de cuidados e inclui o Programa de Saúde da Família, o Programa Nacional para a Diabetes, o Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão, o Programa de Planeamento Familiar, o Programa Nacional de Rastreio Oncológico, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Saúde Materna; o BI-CSP, que apresenta informação da caracterização e monitorização da USF, com qualificação do seu desempenho e o MIM@UF®, plataforma utilizada para a monitorização e avaliação de dados.

Com base nos dados do MIM@UF®, os problemas mais frequentes desta USF, em abril de 2024, eram: o Excesso de Peso, as Alterações no Metabolismo dos Lípidos e a Hipertensão Arterial sem complicações.

O plano de ação da USF é realizado anualmente, com metas para cada ano, e segundo dados do BI-CSP, no ano 2024, a USF definiu os seguintes Planos de Acompanhamento Interno (PAI's):

1. No âmbito da satisfação do utente, cujos objetivos eram a implementação de um sistema eficiente de monitorização e a avaliação do grau de satisfação dos utentes, promovendo a melhoria contínua dos serviços;
2. No âmbito da satisfação profissional, cujos objetivos eram a implementação de um sistema eficiente de monitorização e a avaliação do grau de satisfação dos profissionais, promovendo a melhoria do seu desempenho e a sua satisfação no trabalho;

3. No âmbito da prescrição com Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's), cujo objetivo era alcançar um valor máximo de gastos de 57 euros com MCDT's por cada utente, nesse ano;
4. No âmbito das doenças do aparelho respiratório, nomeadamente, no acompanhamento dos utentes com Asma, cujo objetivo do plano de melhoria era que pelo menos 80,0% dos utentes com asma e de idade igual ou superior a 18 anos, tivessem uma consulta médica ou de enfermagem, de vigilância da asma, no ano de 2024.

No que concerne à população abrangida por esta USF, esta pode ser analisada através de uma pirâmide etária que permite a análise da distribuição da população por sexo e idade. Na pirâmide etária dos utentes inscritos nesta USF, Figura 1, verifica-se que esta apresenta uma base estreita e um topo largo, que se traduz numa maior percentagem de idosos do que jovens, apresentando-se como uma pirâmide etária envelhecida à semelhança dos dados nacionais, segundo o BI-CSP (SNS, 2024a).

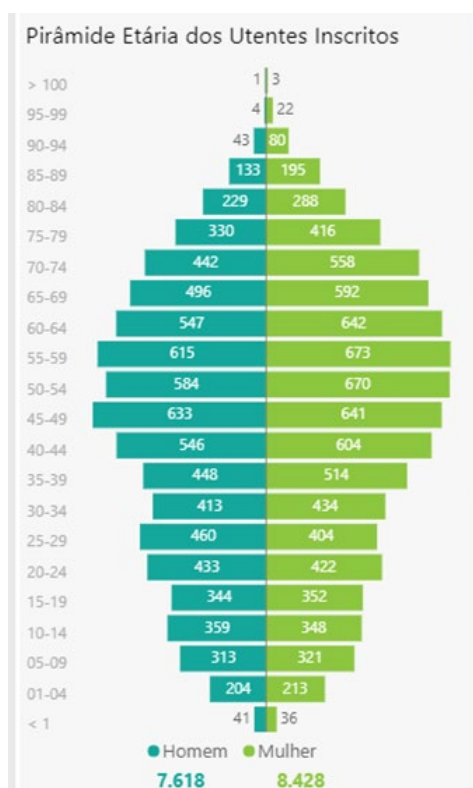


Figura 1 - Pirâmide etária das pessoas inscritas na USF. Fonte: BI-CSP.

No mês de abril de 2024 a USF integrava 16 046 utentes, distribuídos por faixa etária e por sexo, masculino e feminino. Através da análise da pirâmide acima, verificamos que a faixa etária mais prevalente é dos 55-59 anos (8,0%), seguida de 45-49 anos (7,9%) e 50-54 anos (7,8%) e que, relativamente ao sexo, 47,4% das pessoas inscritas são do sexo masculino e 52,6% são do sexo feminino.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024a), a nível nacional, de acordo com os dados do CENSOS 2021, a percentagem de jovens com menos de 15 anos é de 13,0% e nesta USF, como se pode analisar na Figura 1, é de 22,2 %, pelo que apresenta uma percentagem significativa maior que a nível nacional. A percentagem de população em idade ativa (entre 15 e 64 anos), nesta unidade é de 64,7 %, ligeiramente superior aos dados nacionais do INE, que são de 63,2%. Relativamente à população idosa (65 ou mais anos), nesta USF, a percentagem é de 23,9% que está equiparado aos dados a nível nacional de 23,8% (INE, 2024a).

2.2. Caracterização das famílias

De acordo com a base de dados MIM@UF® o ficheiro atribuído ao enfermeiro cooperante é constituído por 757 famílias, com um total de 1338 membros atribuídos. Segundo o Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), cada enfermeiro deve prestar cuidados no máximo a 350 famílias, pelo que o número de famílias atribuídas ao enfermeiro cooperante é superior ao rácio recomendado pela OE. A literatura científica tem vindo a mostrar a evidência de um número insuficiente de enfermeiros face às necessidades, nas USF, evidenciando uma sobrecarga de trabalho nos enfermeiros de família e com impacto na qualidade dos cuidados prestados (Ferreira et al., 2021; Ramos et al., 2018). Isto reflete a necessidade das USF's apresentarem o rácio definido pela OE, descrito acima.

A análise dos programas de saúde permitiu verificar que zero famílias estão associadas ao Programa de Saúde da Família. A nível individual, 38,5% dos membros das famílias estão associados ao Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão, 37,2% ao Programa Nacional de

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, 29,1% ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 12,0% ao Programa Nacional para a Diabetes e 1,0% ao Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Saúde Materna. Para além disso, constata-se que a HTA é um dos problemas mais prevalentes na USF.

Para caracterização das famílias, selecionou-se uma amostra accidental de 60 famílias do ficheiro do enfermeiro cooperante e foi feita uma recolha de dados através de um questionário elaborado para o efeito (Anexo I) e, respetiva análise dos dados, com recurso ao programa Microsoft Excel®. Foram avaliados os seguintes dados: composição familiar – número de membros que compõem a família, idades, tipo de família, classe social, etapa do ciclo vital, membro da família dependente e qual o prestador de cuidados, membro da família portador de doença crónica e especificação da doença crónica.

Com base nos dados recolhidos e após a sua análise, podemos verificar que as 60 famílias apresentavam um total 196 elementos, com uma média de idades de $41 \pm 24,2$ anos, com idade mínima de quatro meses e idade máxima de 99 anos.

Da análise efetuada constata-se que o tipo de família mais prevalente é a nuclear com 56,6% (34), seguida da família alargada e reconstruída, ambas com 15,0% (9) cada, da família monoparental com 8,3% (5) e por fim, o tipo de família casal com 3,3% (2) e unipessoal com 1,6% (1). A nível nacional, o tipo de família mais prevalente é nuclear (39,0%) que está em consonância com a análise da amostra, seguida da família do tipo casal (28,0%), um número superior à amostra analisada, seguida das famílias unipessoais (24,8%) que representam um número bastante superior comparativamente a esta amostra e, por fim, as famílias monoparentais (9,5%), que também apresentam maior número comparativamente a esta amostra (INE, 2024b). Em relação às famílias alargadas e reconstruídas, não foram identificados dados nacionais de acesso disponível no INE que permitam essa comparação.

A percentagem de famílias com pessoas idosas dependentes no autocuidado foi de 5,0% (3) das famílias caracterizadas, sendo que nestas, o prestador de cuidados informal é a esposa em 66,6% (2) e a filha em 33,3% (1). Verifica-se,

nesta amostra, um índice de dependência de idosos inferior ao da USF (55,2%) e ao nacional (57,9%), segundo dados do BI-CSP (2024). Estes dados vão de encontro ao estudo do perfil do cuidador em Portugal, de Carvalho et al. (2021) que refere que grande maioria dos prestadores de cuidados são elementos do sexo feminino e com uma relação de parentesco com a pessoa dependente.

Relativamente à presença de doenças crónicas percebeu-se que 73,3% (44) das famílias tinham pelo menos um elemento portador de doença crónica, sendo que a HTA é a doença crónica mais prevalente com 60,0% (36), indo de encontro às doenças mais prevalentes na USF, conforme referido anteriormente e a nível nacional, segundo dados do INE (2024c, d), referentes ao ano de 2019. Das 60 famílias caracterizadas, 10,0% (6) apresentavam um membro com diagnóstico recente (inferior a seis meses) de HTA.

No que concerne aos subsistemas familiares, os mais prevalentes foram o subsistema conjugal com 90,0% (54), seguido do parental e filial com 65,0% (39) das famílias, em cada subsistema.

Quanto à etapa do ciclo vital, 36,6% (22) eram famílias com filhos adultos, seguido de famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos pequenos, com 10% (6) cada. Finalmente, 3,3% (2) correspondiam a famílias com filhos na escola.

Em relação à classe social, foi avaliada de acordo com a escala de notação social da família de Graffar adaptado (1956), verificando-se que a mais prevalente é a classe média com 50,0% (30), seguida da classe média alta com 26,7% (16) e da classe média baixa com 23,3% (14). Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2023) os determinantes de saúde são condições que influenciam o estado de saúde de uma pessoa/população, com impacto na probabilidade de surgir uma doença ou morte. Assim, a classe social é uma condição com impacto na condição de saúde dos membros da família.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é o estado atual do conhecimento numa determinada área, com a identificação, registo e síntese desse conhecimento, que pode ser verificado em artigos científicos, teses, dissertações e livros acerca da temática, permitindo aprofundar conceitos e as relações entre os mesmos (Vega, 2023; Vieira, 2018). É essencial analisar o estado do conhecimento, através da evidência científica na área de ESF, de forma que este sustente a prática. Neste capítulo, será apresentada uma breve descrição acerca da ESF e o conhecimento mais atual acerca das famílias em transição accidental e da pessoa em transição saúde-doença: o caso da HTA.

3.1. Enfermagem de Saúde Familiar

A família pode ser definida como uma instituição universal com capacidade de se transformar, adaptar e reestruturar, para manter o seu funcionamento, conferindo a sua singularidade em processos adaptativos ao longo do ciclo vital e na criação de um potencial de saúde para os seus membros (Ferreira, 2023; Figueiredo, 2012). O conceito de família deve ser analisado numa perspetiva sistémica e apresenta como características a auto-organização, a globalidade e a equifinalidade (Spinola & Figueiredo, 2023). O International Council of Nurses (ICN, 2019, s.p.) define família como um “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Os cuidados prestados à família, numa perspetiva evolutiva, aconteceram paralelamente com o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, começando com Florence Nightingale, que desde cedo revelou o cuidado de incluir a família como foco dos cuidados prestados (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023a). Perante uma evolução tecnológica e científica, até finais do século XIX verificou-se uma centralização dos cuidados na parte hospitalar, conduzindo a desvalorização dos cuidados centrados nas famílias (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023a). Já a partir do século XX, com a nova estruturação dos sistemas de saúde motivados pela globalização e a

consequente expansão do acesso à informação, verificou-se a mudança do foco da prestação de cuidados de saúde para a comunidade, com ênfase às relações entre os membros da família e aos processos corporais de saúde/doença (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023a; Pisco & Pinto, 2020). No final do século XX iniciou-se o desenvolvimento da investigação da enfermagem de família e a valorização da importância de uma prática de enfermagem com foco na família, no sistema de saúde, com destaque para a inclusão do enfermeiro de família na criação de programas de saúde (Ferreira et al., 2021; Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023a). Na legislação portuguesa, a figura do enfermeiro de família surge pela primeira vez, no Decreto-Lei nº 118/2014, esclarecendo o enquadramento das suas atividades. Posteriormente, o Decreto-Lei nº 73/2017 explana que os enfermeiros que integram as equipas das USF's devem possuir o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

O acontecimento com maior impacto em Portugal, no âmbito da evolução dos cuidados às famílias, foi a reforma dos CSP em 2005, com a criação das USF's, que, tal como já referido anteriormente, são constituídas por uma equipa multiprofissional de médicos, enfermeiros e assistentes técnicos administrativos, com uma gestão orientada para objetivos e com autonomia a nível funcional (Decreto-Lei nº 73/2017; Pereira et al., 2021). Estas unidades são essenciais para prestar cuidados de saúde, nos diferentes níveis de prevenção, com foco no sistema familiar, nas várias fases de vida do indivíduo e do ciclo vital da família (Pereira et al., 2021).

Nas últimas décadas, devido às transformações sociais verificadas na sociedade portuguesa, surgiram alterações tanto na estrutura como na organização das famílias, que refletem uma nova adaptação à realidade, sem comprometer a função de proteção e suporte. Assim, a família mantém-se como uma unidade de afeto e de apoio emocional (Figueiredo et al., 2023a). A saúde familiar é, deste modo, um processo de ajustamento das famílias, perante mudanças que decorrem de transições normativas (associadas ao ciclo vital) ou transições não normativas (acidentais) (Ferreira, 2023; Figueiredo, 2012). Contempla a saúde de cada membro da família individualmente e

aspectos relacionados com o funcionamento familiar, em que ambos se influenciam mutuamente (Ferreira, 2023; Figueiredo, 2012).

A família é o objeto de estudo da ESF, uma área disciplinar da enfermagem, enquanto disciplina com um domínio específico do conhecimento (Figueiredo, 2012). Esta tem-se desenvolvido no domínio teórico do conhecimento, com o surgimento de modelos e teorias para avaliação e intervenção nas famílias, que são cruciais para dar orientações para a prática, garantindo, assim uma prática clínica rigorosa e baseada na evidência (Figueiredo, 2012; Martins, 2022).

Dentro dos modelos de avaliação e intervenção familiar destacam-se o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) de Wright e Leahey (2012) e o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) de Wright e Leahey (2012), que são os modelos atualmente preconizados pela OE para o desenvolvimento de competências especializadas em ESF, na prática clínica (OE, 2023). Destaca-se também o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), criado em 2012, por Figueiredo (Figueiredo, 2012). Este, é alicerçado no pensamento sistémico e resulta da triangulação entre a Teoria Geral de Sistemas de Bertalanffy (1997), a Cibernética de Wiener (1951) e a Teoria da Comunicação Humana de Waltzlawick (1967) e como fonte teórica apresenta o MCAF e o MCIF. O MDAIF foi desenvolvido em Portugal e foi aprovado pela OE, como o modelo de referência para a prática entre dezembro de 2011 e março de 2023. Para além disso, o MDAIF é um modelo reconhecido pela International Family Nursing Association (IFNA) como um modelo com orientação para a prática de ESF, numa abordagem sistémica das famílias, promovendo as suas forças e recursos (IFNA, 2015; Murteiro et al., 2021).

Atualmente, há evidência científica que demonstra a utilização do MDAIF na prática pelos enfermeiros de família, com a mobilização das forças e recursos da família nas intervenções implementadas, resultando numa maior funcionalidade e eficiência na avaliação e intervenção familiar, traduzindo-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF (Ferreira et al., 2020; Murteiro et al., 2021).

De destacar que a IFNA (2015) também considera a inclusão do Modelo de Forças de Gottlieb (2013) na prática clínica da ESF. Este modelo dá destaque às forças da família, ao seu potencial e aos recursos, em vez de focar nas suas fragilidades e problemas (Gottlieb, 2013; Kraus & Silva, 2023).

O EEECESF tem um papel de destaque nos CSP, e é o profissional de referência para um acompanhamento especializado da família, enquanto unidade sistémica. Este promove a sua capacitação face às necessidades e particularidades do seu desenvolvimento, focando-se, em simultâneo, em cada membro da família individualmente, na prestação de cuidados nos diferentes níveis de prevenção (Figueiredo et al., 2023a). Estas atividades vão de encontro ao perfil de competências que se encontra aprovado pela OE para o EEESF, pelo Decreto-Lei nº 118/2014.

3.2. A família em transição accidental

A família, enquanto unidade sistémica em transformação e com capacidade auto-organizativa, apresenta um papel essencial na saúde e bem-estar dos membros que dela fazem parte (Spínola & Figueiredo, 2023). Como foco de cuidados, a família deve ser considerada como um todo, com relevância para o EEECESF na sua avaliação e intervenção (Correia et al., 2021). Na família verifica-se um padrão regular nos processos de desenvolvimento e os eventos de transição que surgem irão promover o seu crescimento. A capacidade das famílias para se adaptarem aos processos de transição e o tempo que vão demorar para se auto-organizarem e retomarem o seu equilíbrio, depende da natureza do evento que acontece (Silva M. M. et al., 2023). Assim, as transições familiares podem ser classificadas, em função da natureza do acontecimento, em transições normativas e em transições não normativas ou accidentais (Figueiredo, 2023a). As transições normativas estão associadas ao ciclo vital da família, como o casamento, o nascimento de um filho ou transição para a reforma e permitem à família uma preparação prévia ao acontecimento, permitindo elevar a capacidade de adaptação da mesma (Silva M. M. et al., 2023). As transições não normativas ou accidentais estão associadas a acontecimentos imprevistos, como o aparecimento de uma doença num dos

seus membros, onde a família promove a comunicação e ajuda na tomada de decisão acerca da forma como os vários elementos apoiam o membro com doença (Figueiredo, 2023a). O aparecimento de uma doença num membro da família apresenta-se como uma causa de *stress* familiar e como um momento de crise que origina uma transição na família, sendo necessária a reorganização e a manutenção do seu equilíbrio dinâmico (Dantas et al., 2022; Ferreira et al., 2020). Para além disso, esta transição pode implicar uma nova organização das tarefas e dos papéis de cada elemento da família (Correia et al., 2021; Figueiredo, 2023a). Cotrim (2023) refere que a transição accidental do tipo saúde-doença afeta inevitavelmente a família como um todo, com alterações na sua dinâmica, com mudanças nas rotinas, nos rituais familiares, nas regras, nos papéis familiares e um aumento de responsabilidades, de modo a manter a estabilidade da mesma. As crenças, os valores e os rituais de uma família em transição accidental, são cruciais para manter a auto-organização do sistema familiar, permitindo a atribuição de um significado positivo, perspetivado como um desafio a ultrapassar, e a manutenção da coesão e união entre os elementos da família (Figueiredo, 2023a; Silva et al., 2021).

No que respeita às alterações na dinâmica, numa fase inicial do diagnóstico de doença crónica, podem surgir processos pouco funcionais, particularmente, na coesão e adaptação familiar (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2023). Verifica-se também um impacto financeiro na família, seja associado à compra de medicamentos, às hospitalizações resultantes de uma agudização da doença, ou à necessidade dos restantes membros trabalharem menos horas para prestarem apoio ao familiar doente (Shah et al., 2021). Estes autores referem, ainda, que os restantes membros da família apresentam impacto psicológico, como depressão e ansiedade, semelhante ao membro portador da doença crónica, que é tanto maior quanto a gravidade da doença. Os membros da família que cuidam de outros familiares com doença crónica apresentam impacto nas atividades sociais do dia-a-dia e de lazer, sendo que as mulheres são mais afetadas, dado que apresentam maior dificuldade na gestão entre o cuidar do familiar e as atividades domésticas (Shah et al., 2021).

O impacto da doença de um dos membros da família na dinâmica familiar, difere de família para família, em função do seu estadio de desenvolvimento e do contexto em que ocorre o evento stressante, podendo provocar alterações internas ou externas à família (Dantas et al., 2022; Figueiredo, 2023a). As mudanças internas surgem nos vários subsistemas e no funcionamento familiar (Figueiredo, 2023a). Tendo em conta o princípio da globalidade, uma alteração num membro da família implica alterações nos outros membros, nomeadamente, nos significados, nos comportamentos e nas mudanças afetivas. Assim, na avaliação da família com um membro portador de doença crónica deve-se ter em conta os novos padrões que surgem, as novas formas de comunicação e interação nas relações interpessoais e, ainda, a expressão das emoções/sentimentos dos membros da família (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2023a).

O aparecimento da HTA num indivíduo apresenta impacto nos vários subsistemas da família. Quanto às implicações da HTA no subsistema individual incluem aspetos físicos, como a necessidade de adesão a um regime terapêutico (Birudaraju et al., 2020) e aspetos psicológicos e emocionais, nomeadamente, ansiedade e depressão (Oliveira et al., 2021). Estas implicações podem ser analisadas de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, em que a pessoa após o diagnóstico de HTA passa por um processo de transição do tipo saúde/doença, com mudanças na sua vida diária, necessitando de manter ou atingir um estado de equilíbrio e promover o seu bem-estar (Meleis, 2010). Estas implicações à luz desta teoria serão explanadas no próximo subcapítulo. Relativamente ao subsistema conjugal, a adaptação do casal ao surgimento da doença tem sido relacionada com um maior envolvimento na gestão do regime terapêutico (Bastos et al., 2023). Quando a gestão da doença surge como uma responsabilidade partilhada por ambos os membros do casal, existem efeitos benéficos na sua gestão, na medida em que, o cônjuge com doença crónica sente-se mais apoiado e apresenta menor sofrimento (Martire & Helgeson, 2017). Portanto, são aconselhadas intervenções para a pessoa e sua família, no sentido de capacitar a gestão dos cuidados e obter melhores resultados. De acordo com

a teoria dos sistemas, uma mudança num membro da família conduz a mudanças no sistema familiar e nos restantes membros (Bastos et al., 2023). Assim, mudança comportamental de um cônjuge, como exemplo, começar a prática de exercício físico, revelou também mudança do mesmo comportamento no outro cônjuge (Martire & Helgeson, 2017). Para além disso, a comunicação eficaz é essencial no subsistema conjugal. Casais com dificuldade em resolver conflitos apresentam também maior dificuldade em gerir de forma eficaz aspetos relacionados com a HTA, assim como a própria HTA também exacerbar conflitos já existentes previamente (Martire & Helgeson, 2017). Assim, a doença crónica apresenta impacto da família e nos vários subsistemas que dela fazem parte.

Perante uma transição accidental, a família apresenta a capacidade de mobilizar recursos internos e externos, de modo a adaptar-se ao surgimento de uma doença num dos seus membros. Em muitas situações, a presença de uma nova condição de saúde desafia a família a novas estratégias de adaptação e resiliência, permitindo que, mesmo em situações difíceis, mantenha a sua unidade e consiga garantir o bem-estar emocional e físico dos seus membros (Figueiredo, 2023a). Esta capacidade que a família apresenta na gestão de situações stressantes ou adversas, como o aparecimento de uma doença, denomina-se de resiliência familiar (Lourenço, 2019; Yang et al., 2023). A família, perante um evento de *stress* adapta-se ou, então, surge uma crise familiar (Yang et al., 2023). O Modelo de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993) descreve a capacidade das famílias para gerir a adversidade do evento que pode levar a uma crise familiar. Este modelo contempla duas fases: o ajustamento e a adaptação. O ajustamento, está relacionado com reações familiares a eventos de *stress* transitórios e com pouco impacto no sistema familiar, como o aparecimento de uma doença aguda, sem gravidade. Quando a família apresenta um bom ajustamento, consegue ultrapassar o evento sem grandes dificuldades, implicando poucas mudanças no sistema familiar (McCubbin & McCubbin, 1993). No entanto, se a família for incapaz de manter o equilíbrio, acontece uma crise familiar, com necessidade de uma fase de adaptação. Esta fase

corresponde a situações de crise, com necessidade de grandes alterações no sistema familiar, já que o funcionamento da família não se mostra adequado para defrontar as alterações exigidas pelo evento de *stress*, como no caso do aparecimento de doenças crônicas ou agudas, com gravidade (McCubbin & McCubbin, 1993).

As características das famílias também têm influência no processo de adaptação face a um evento de *stress*. Famílias resilientes com elevados padrões de flexibilidade, de vínculos familiares, de grande coesão entre os seus membros e com sentido de coerência, apresentam características importantes para a sua adaptação a um evento de *stress*, através da criação de novos padrões de funcionamento, de forma a recuperar a estabilidade (McCubbin & McCubbin, 1993). Por outro lado, famílias vulneráveis que apresentam fatores de risco, nomeadamente: fatores psicossociais, como desafios inerentes à etapa do ciclo vital onde a família se encontra, problemas financeiros e alteração do trabalho de um dos seus membros, apresentam ainda mais imposições ao sistema familiar, com dificuldades acrescidas na adaptação, podendo conduzir a resultados negativos na família (McCubbin & McCubbin, 1993).

As famílias, perante um evento gerador de *stress* familiar, como o aparecimento de uma doença crónica num dos seus membros, apresentam diferentes estratégias de *coping*, fundamentais para a resolução de problemas de forma a manter o equilíbrio e lidar de forma eficaz com a situação (Lourenço, 2019; Mingote et al., 2021). Assim, o *coping* familiar pode ser definido como um conjunto de recursos afetivos, cognitivos e comportamentais com vista ao fortalecimento da família, mantendo o bem-estar dos seus membros através da utilização de recursos próprios ou da comunidade (Figueiredo, 2012; Mingote et al., 2021). O *coping* apresenta, fundamentalmente, a função de enfrentar o problema e a regulação das emoções, através da redução, ou mesmo eliminação, das respostas emocionais geradas pelo evento de *stress* (Mingote et al., 2021; Pinto & Barham, 2014).

As estratégias de *coping* podem ser internas, que correspondem à utilização dos recursos do próprio sistema familiar, ou externas, que correspondem às estratégias que a família utiliza para obter recursos fora da mesma e que inclui o suporte social, como os amigos, os vizinhos ou a família extensa; o suporte espiritual, como o recurso à fé; e, ainda, a mobilização da família para procurar ajuda na comunidade (Bastos et al., 2023; Mingote et al., 2021). Bastos et al. (2023) destacam o suporte social, mais especificamente o suporte familiar, como um recurso essencial para apoio ao membro portador da doença, na medida em que se verifica uma melhor adaptação à doença e uma maior dedicação e participação, na gestão do regime terapêutico. A capacidade da família em colocar em prática os seus recursos de *coping*, de natureza relacional e afetiva, depende de vários fatores, entre os quais: a natureza da doença e a sua duração; os papéis desempenhados pelo membro da família portador da doença; o nível socio- económico; e a etapa do ciclo vital familiar (Figueiredo, 2012).

A adaptação da família a uma transição accidental, resultante da doença crónica de um dos seus membros, é resultado dos esforços que a mesma mobiliza de forma a manter o seu funcionamento familiar, nas respostas adaptativas dos indivíduos e das forças da família. Assim, o EEECESF tem um papel essencial na avaliação e intervenção familiar, considerando as forças e os recursos, com o objetivo da criação de estratégias que permitam manter a funcionalidade da família como unidade sistémica, mantendo a sua organização e ao mesmo tempo, dando resposta às necessidades dos seus membros, individualmente (Figueiredo, 2023a).

3.2.1. A pessoa em transição saúde-doença: o caso da Hipertensão Arterial

A HTA é uma doença crónica que acontece quando a pressão do sangue no interior das artérias se encontra elevada e, na maioria dos casos (cerca de 90,0%), não tem causa conhecida, denominando-se de HTA essencial ou primária (DGS, 2013a; Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2024). Nas situações em que é possível associar uma doença ou condição à causa da HTA, esta denomina-se de HTA secundária (SPH, 2024).

O diagnóstico de HTA acontece quando, em pelo menos duas medições em ocasiões diferentes, o valor médio da Pressão Arterial (PA) seja igual ou superior 140 mmHg na PAS e/ou 90 mmHg na PAD, usando um aparelho validado e calibrado (DGS, 2013a; SPH, 2024). Trata-se de uma doença silenciosa uma vez que, na maioria das vezes, os seus sinais e sintomas não são sentidos pelos indivíduos (Ibnu et al., 2023). No entanto, apresenta um impacto a nível físico, psicológico e socioeconómico (Ibnu et al., 2023). Assim, deve-se ter uma abordagem holística da pessoa portadora de HTA, incluindo os seus determinantes de saúde: sociais, psicológicos e culturais, tendo em consideração a qualidade de vida, o bem-estar emocional, os hábitos diários e as relações sociais do indivíduo (DGS, n.d.; Silva M.V.B. et al., 2023).

O tratamento da HTA, tem como objetivo o controlo da doença e consiste, em primeira linha, na alteração dos estilos de vida, que inclui: uma alimentação saudável restrita em sódio, a prática de atividade física, a restrição do consumo de álcool e a redução do peso (Birudaraju et al., 2020; Carey et al., 2022). Estas recomendações vão de encontro à norma da DGS (2013b) que aborda e especifica as principais intervenções nos estilos de vida e que consistem: numa alimentação variada e nutricionalmente equilibrada, que seja rica em leguminosas, legumes, verduras e frutas e que seja pobre em gorduras; na prática regular e contínua de exercício físico, com duração entre 30 a 60 minutos, semanalmente entre quatro a sete dias e manter um IMC entre 18,5 e 25 Kg/m² e um perímetro abdominal inferior a 94 cm, no sexo masculino, e inferior a 80 cm, no sexo feminino. Outros aspetos a modificar nos estilos de vida são a restrição do consumo de álcool (máximo de duas bebidas/dia), de sal (inferior a 5,8 g/dia) e a cessação tabágica (DGS, 2013b). No que concerne à prática de exercício físico, a OMS apresenta recomendações específicas e refere que em pessoas portadoras de HTA reduz a mortalidade e a progressão da doença. Assim, recomenda que os “adultos devem realizar, pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade, ao longo da semana” (OMS, 2020, p.4). Estes devem começar com atividade física em pequenas quantidades e ir aumentando, de forma gradual a

frequência, duração e intensidade ao longo do tempo. Nos idosos, as recomendações são semelhantes às dos adultos, sendo que neste grupo apresenta ainda benefícios adicionais, nomeadamente, para prevenir quedas, as lesões associadas às mesmas e o declínio da sua capacidade funcional (OMS, 2020). No que concerne à redução do peso corporal, esta é uma estratégia eficaz e não farmacológica na redução dos valores da PA. Em média, por cada quilograma de peso perdido está associada uma diminuição de aproximadamente 1 mmHg na PAS e na PAD (Neter et al., 2003). Outro estudo mais recente, explana que por cada 5,0% de peso corporal perdido, verifica-se uma redução entre 20,0-30,0% da PA (Malachias et al., 2016). Estes estudos enfatizam a importância da perda de peso no controlo da HTA.

Quando as alterações do estilo de vida não são suficientes, associam-se medicamentos anti - hipertensores, uma decisão médica baseada nos valores da PA e na presença de alto risco de doença cardiovascular aterosclerótica (Carey et al., 2022). De destacar que os efeitos da mudança no estilo de vida potenciam o efeito da medicação para controlo da HTA (Carey et al., 2022). Assim, uma gestão eficaz da HTA reduz significativamente o risco de insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (Birudaraju et al., 2020).

Segundo dados do INE, referentes ao ano de 2019, o número de pessoas com 15 ou mais anos com o diagnóstico de HTA era de 2 349 426, o que corresponde a 24,6% da população portuguesa (INE, 2024d).

A HTA, além de ser uma doença crónica, é o fator de risco modificável que mais contribui para a morbilidade e mortalidade cardiovascular, em Portugal e no mundo (Capela & Polonia, 2024; DGS, 2017a) e as projeções para o ano 2040 estimam manter estes dados (Capela & Polonia, 2024). Para além disso, o controlo da HTA em todo o mundo, incluindo Portugal, é baixo, inferior a 40,0% (Capela & Polonia, 2024).

A HTA apresenta grande impacto a nível económico e nos sistemas de saúde (Davis et al., 2021). Sendo uma preocupação para as entidades de saúde, devido ao grau de cronicidade e às implicações que apresentam na vida das

peessoas (Araújo et al., 2020) representam, portanto, um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente nos CSP, onde a maioria das pessoas apresentam doenças crónicas (Davis et al., 2021). Assim, nos CSP é essencial uma resposta eficaz, dada a complexidade deste tipo de clientes, sendo necessárias intervenções de enfermagem para alteração dos fatores de risco modificáveis, dos estilos de vida e para a promoção da adesão ao regime terapêutico (Davis et al., 2021). Araújo et al. (2020) destacam, a educação e empoderamento, destes clientes como forma de promoverem o controlo da sua doença, prevenindo complicações associadas à mesma.

O aparecimento recente de uma doença crónica, como o caso da HTA, corresponde a um momento de crise ou uma transição difícil, da pessoa e da família, com necessidade de ajustamento à sua nova condição e que levam, frequentemente, a uma mudança de comportamentos, de estilos de vida e de criação de novos significados atribuídos ao aparecimento da doença. Todo este processo complexo ocorre, simultaneamente, com as exigências diárias da vida (Bastos et al., 2023; Davis et al., 2021; Meleis, 2010).

As transições no indivíduo podem ser analisadas de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, de médio alcance, que se refere à transição como o conceito central da enfermagem (Meleis, 2010). Transição refere-se à passagem entre duas fases tendencialmente estáveis, caracterizada por existir uma mudança, envolve transformações/alterações com o objetivo da adaptação. Implica que a pessoa adquira novos conhecimentos, novos comportamentos e redefina os significados atribuídos aos eventos (Meleis, 2010). No entanto, alterar os comportamentos é um processo difícil, principalmente, aqueles que fazem parte das rotinas e que são influenciados pelos hábitos e dinâmicas da família (Bastos et al., 2023).

De acordo com a Teoria das Transições, uma transição pode ser analisada no que concerne à sua natureza (tipo, padrão e propriedades), aos fatores que condicionam a transição (facilitadores ou inibidores) e relativamente aos padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) (Meleis, 2010). Quanto à sua natureza, existem quatro tipos de transições: desenvolvimentais

(relacionadas com eventos de desenvolvimento individual ou familiar), situacionais (relacionadas com acontecimentos que requerem mudança geográfica ou mudanças relacionais), saúde-doença (relacionadas com processos de doença aguda/crónica ou cirurgia) e organizacionais (relacionadas com mudanças nas políticas, liderança e mudanças nas organizações) (Meleis, 2010).

A transição é um processo complexo que difere de pessoa para pessoa, no entanto, existem padrões transversais a todos os tipos de transição (Meleis, 2010). A transição do tipo saúde/doença surge quando há uma mudança da condição de saúde, com um diagnóstico de uma doença (como, o diagnóstico de HTA) ou início de algum tratamento médico e o indivíduo experimenta um processo complexo com mudanças ao nível emocional, físico e social (Meleis, 2010). Os processos de transição associados ao aparecimento de uma doença crónica são complexos e imprevisíveis, com necessidade de alteração do paradigma na prestação de cuidados, que devem ser centrados na pessoa e na família, com base nas suas especificidades e nos recursos, quer sejam internos ou externos, de forma que sejam mobilizados neste processo adaptativo (Bastos et al., 2023).

O processo de transição do indivíduo pode ocorrer de forma saudável ou, então, de forma não saudável. Quando a transição é saudável verifica-se a consciencialização do indivíduo face ao processo de mudança, com mestria nos seus comportamentos e verifica-se a aquisição de novas competências para enfrentar as novas circunstâncias. Quando a transição acontece de forma não saudável verificam-se dificuldades ou mesmo a incapacidade no desempenho do papel, o que significa que não ocorreu a transição. As respostas dos indivíduos apresentam-se como os indicadores do processo de transição: sentir-se ligado, encontrar-se situado, interagir, e desenvolver confiança e *coping*; ou indicadores de resultado, como a mestria e a integração da identidade fluída (Meleis, 2010). Os indicadores de resultado permitem a identificação do final da transição e a avaliação do desenvolvimento de competências, por parte do indivíduo. Neste âmbito, a integração da identidade fluída significa, se o indivíduo integrou o exercício do novo papel e a mestria,

significa se este apresenta conhecimentos, competências e comportamentos essenciais para se adaptar às novas circunstâncias, ambos indicativos da experiência de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Neste processo de transição, é de destacar que a consciencialização do indivíduo face ao seu processo de transição é fulcral, já que, o seu envolvimento ao longo de todo o processo de transição está dependente da consciencialização em relação às mudanças que virão a acontecer (Meleis, 2010).

A adaptação à doença crónica é um processo difícil, uma vez que não apenas a pessoa irá ter de se ajustar a viver com uma nova realidade, como também a sua família, enquanto sistema social dinâmico e único, que incorpora valores, crenças, conhecimentos e práticas (Vilar, 2012). De destacar que a família pode influenciar a saúde dos seus membros, na medida em que, no seu seio se promove a aprendizagem e a adoção de estilos de vida, mediante a transmissão de valores e crenças que estão diretamente relacionadas com a saúde (Figueiredo, 2023a). A capacitação da pessoa que vivencia uma transição é essencial de forma a facilitar o processo de adaptação e promoção de autonomia, facilitando o desenvolvimento de competências inerentes aos processos de transição (Meleis, 2010). Assim, o EEECESF tem um papel preponderante nestes processos adaptativos ao intervir na capacitação dos indivíduos para a gestão da doença crónica, através da promoção da educação e da autogestão da doença e na família como um todo, tendo em conta as repercussões desta transição nos vários subsistemas familiares (Bastos et al., 2023; Figueiredo, 2023a).

A autogestão é um conceito que está relacionado com as competências adquiridas pelos indivíduos para tomarem decisões acertadas, com base na sua capacitação, que se traduz pelo conceito de *empowerment*. Este, implica a partilha de informação entre os profissionais de saúde e os seus clientes, numa interação de complementaridade, sustentada na empatia, de forma a garantir uma comunicação com eficácia e honestidade (Bastos et al., 2023). Esta capacitação dos clientes tem por base o princípio da autonomia dos indivíduos,

na medida em que, se aceita a responsabilidade de cada pessoa e a sua tomada de decisão em cada processo (Bastos et al., 2023). A autogestão é particularmente importante para pessoas portadoras de doenças crónicas, principais responsáveis pelos seus cuidados, diariamente, e durante toda a duração da doença que, na maioria das vezes, é uma tarefa para a vida toda (Lorig & Holman, 2003). A autogestão pode ser considerada um processo e um resultado: podemos descrevê-la como um conjunto de métodos, estratégias e competências individuais que orientam as atividades das pessoas portadoras de doença crónica para a concretização de objetivos e metas, de planeamento, programação, autoavaliação e autointervenção (Bastos et al., 2023). A autogestão, em primeiro plano, tem como objetivo ajudar as pessoas a manter o bem-estar (Lorig & Holman, 2003). Para isso, existem três tipos de tarefas: a primeira consiste na gestão clínica da própria pessoa; a segunda consiste em manter ou mudar comportamentos ou nos papéis de vida significativos; a terceira tarefa implica que a pessoa lide com o impacto emocional de apresentar uma condição crónica. Emoções como o medo, a raiva, a frustração e a depressão são frequentemente vivenciadas por pessoas nesta condição (Lorig & Holman, 2003). Assim, é necessário que as pessoas aprendam a gerir estas emoções segundo Lorig e Holman (2003), com relevância da intervenção do EEECESF nesta gestão emocional. O sucesso desta transição do tipo saúde-doença está diretamente relacionado com a autogestão da HTA, em que a mestria é atingida no momento que a pessoa com HTA integra na sua vida, de forma fluída as habilidades e os papéis de autogestão explanados por Lorig e Holman (2003).

A autogestão do regime terapêutico é um processo que contempla a gestão das diferentes partes que integram o regime e a capacidade do indivíduo de identificar e interpretar alterações na sua nova condição de saúde e, posteriormente, ter capacidade de decisão acerca da mudança comportamental necessária (Bastos et al., 2023). A autogestão do regime terapêutico, que inclui o regime dietético, o regime de exercício físico e o regime medicamentoso, são fundamentais para o controlo da HTA (Birudaraju et al., 2020). Num estudo realizado por Delavar et al. (2020) os dados apontam que,

a promoção da autogestão tem como resultado uma considerável adesão ao regime medicamentoso em pessoas portadoras de HTA.

Com o objetivo de controlar os fatores de risco e promover uma eficaz autogestão da doença crónica, foram criadas políticas, tanto a nível mundial como nacional. Em Portugal, as políticas baseiam-se na criação de programas de saúde, alguns destes prioritários, e que contemplam intervenções que promovem uma eficaz gestão da doença e tomada de decisão dos indivíduos, de forma que estes adotem comportamentos ao nível da prevenção, do controlo das doenças e das suas complicações (Bastos et al., 2023).

Em Portugal, uma das políticas foi a criação do PNS, que surgiu como um meio para obter ganhos em saúde, com base na criação de prioridades, de instrumentos e de processos necessários para atingir os objetivos propostos (Ferreira & Figueiredo, 2023). O PNS 2021-2030 apresenta a HTA como o principal fator de risco para a ocorrência de maior número de óbitos – uma previsão de 15,3% para o ano de 2030 e dá destaque a intervenções para a promoção da saúde e o controlo dos fatores de risco modificáveis através da atividade física, alimentação saudável e a cessação tabágica (DGS, 2022).

O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV), é um dos programas de saúde prioritários da DGS que tem como objetivo melhorar o controlo da HTA. A alimentação inadequada, na população portuguesa, é o hábito que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudáveis, sendo que o consumo excessivo de sal é o fator com maior impacto (DGS, 2017a). Assim, a DGS considera que a implementação de medidas para reduzir o consumo de sal são essenciais para prevenir as doenças cardiovasculares e definiu como uma das metas a atingir, a redução do consumo de sal na população entre 9,0% a 12,0%, em consonância com o Programa para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) (DGS, 2017a, 2020). Este é um outro programa de saúde prioritário da DGS e tem como objetivo a promoção da condição de saúde, dos portugueses, através da intervenção num dos principais determinantes que é a alimentação (DGS, 2020). Uma alimentação adequada e o seu impacto no estado nutricional das

peçoas tem uma direta influência ao nível da prevenção e do controlo das patologias mais frequentes em Portugal (diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e oncológicas) (DGS, 2020). Também o plano de ação da OMS (2015-2020), no setor da alimentação, referia que as estratégias de redução do consumo de sal são fundamentais e das mais eficazes na prevenção de doenças crónicas na população (DGS, 2020).

O Programa Nacional da Promoção da Atividade Física (PNPAF) é também um dos programas prioritários da DGS e apresenta como missão a generalização do conceito de uma vida ativa fisicamente, como sendo um “sinal (vital) de saúde e bem-estar para todos” (p.12), desenvolvendo iniciativas focadas nos indivíduos, de modo a promover o interesse dos indivíduos pela prática de atividade física de forma regular e a diminuição do sedentarismo (DGS, 2017b). Apresenta como objetivos, entre outros:

Promover a sensibilização, a literacia física e a prontidão de toda a população face à prática de atividade física regular e redução do tempo sedentário; Promover a generalização da avaliação, aconselhamento e referenciação da atividade física nos cuidados de saúde primários.
(DGS, 2017b, p.13)

A União Europeia também evidencia como uma prioridade para a população, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a promoção de ambientes benéficos a estilos de vida que sejam saudáveis (Araújo et al., 2020). Várias foram as conferências a nível mundial, que mantiveram como objetivo central a promoção da saúde, realçando a importância da prestação de cuidados de proximidade e uma governação que integre os vários setores da sociedade (Melo, 2023). A declaração de Alma Ata (1978) destacou a importância dos CSP como a base para atingir a saúde para todos, com um dos princípios definidos para a promoção da saúde. Na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde consiste na capacitação das pessoas com o objetivo de melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e os seus determinantes

comportamentais, psicossociais e ambientais (Melo, 2023; OMS, 1986). Em 2016, na China, realizou-se a conferência internacional acerca da promoção da saúde, a Declaração de Shangai, que identificou os objetivos a serem atingidos para um desenvolvimento sustentável com base na promoção da saúde, dando relevância à saúde e bem-estar dos indivíduos, para que se consiga alcançar os objetivos definidos (Melo, 2023).

A OMS reconhece que os enfermeiros de família, nomeadamente, os EEECESF, em conjunto com as famílias, as comunidades e outros profissionais de saúde, atuam como um recurso e são elementos-chave na sociedade como promotores de saúde, ou seja, são considerados agentes facilitadores para que os indivíduos, famílias e grupos, consigam desenvolver competências para atuar conscientemente, quer em situações de crise, quer em outras questões de saúde (OE, 2008).

4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Os CSP têm apresentado, cada vez mais, um papel de maior relevância na prevenção das doenças e também no seu tratamento, destacando-se o papel do EEECESF por ser um pilar estruturante e funcional na prestação de cuidados às famílias e seus membros (Regulamento nº 428/2018). Dada esta relevância, no presente capítulo, serão descritas as atividades desenvolvidas no decurso do Estágio de Natureza Profissional Módulo II, que procuram evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECESF, segundo o Regulamento nº 140/2019 e o Regulamento nº 428/2018, respetivamente. Assim, o primeiro subcapítulo apresenta os recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias e aos seus membros, seguindo-se a descrição dos cuidados prestados a cada família e a avaliação dos resultados obtidos. No segundo capítulo são explicitadas as atividades desenvolvidas nos processos de liderança e intervenção no âmbito da ESF.

4.1. Prestação de cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados, e aos seus membros

Antes de iniciar a prestação de cuidados às famílias, com o objetivo de desenvolver as unidades de competência do EEECESF, ao longo do Estágio Profissional com Relatório Módulo II, tornou-se imperativo definir um número de famílias específico, tendo em conta a caracterização das 60 famílias realizada no Estágio Profissional com Relatório Módulo I. Desta caracterização emerge que 60,0% (36) destas famílias apresentavam pelo menos um membro portador de HTA e 10,0% (6) apresentavam pelo menos um membro com diagnóstico recente de HTA, isto é, inferior a seis meses. Dada a pertinência da temática já apresentada no enquadramento teórico, no Estágio Profissional com Relatório Módulo II foram selecionadas famílias cujo diagnóstico de HTA dos seus membros tenha ocorrido num período inferior a seis meses. Foi definido este período temporal com o objetivo de acompanhar o mais precocemente o processo de transição e evitar complicações tardias, sendo que o diagnóstico de uma doença é um evento desencadeador da transição (Meleis, 2010). Aplicando este critério, foram identificadas cinco famílias e

foram prestados cuidados a quatro, uma vez que, uma das famílias desistiu de ser acompanhada neste processo.

No sentido de dar resposta à primeira competência do EEECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, p. 19357), no presente subcapítulo, serão apresentados os recursos e técnicas utilizadas para a avaliação e intervenção, na família e em cada membro individualmente, seguindo-se a descrição da prestação de cuidados a duas famílias e seus membros. Por limitação do número de páginas do documento, as outras duas famílias encontram-se descritas, resumidamente, nos anexos III e IV.

4.1.1. Recursos e técnicas de avaliação e intervenção na família e nos seus membros

A metodologia utilizada para a prestação de cuidados às famílias foi sustentada no referencial teórico e operativo do MDAIF, que apresenta as várias etapas do processo de enfermagem e orienta os cuidados prestados às famílias, com base na sua matriz operativa (Correia et al., 2021). Esta apresenta três dimensões: a estrutural, de desenvolvimento e a funcional. A dimensão estrutural recai sobre avaliação de áreas do contexto que podem colocar em risco a saúde dos seus membros. Esta dimensão apresenta como áreas de atenção: o Rendimento Familiar, o Edifício Residencial, as Precauções de Segurança, o Abastecimento de Água e o Animal Doméstico (Figueiredo, 2012). A dimensão de desenvolvimento permite compreender o entendimento dos fenómenos associados ao crescimento da família, promovendo a sua capacitação através de tarefas fundamentais para cada etapa do ciclo vital e preparando-a para futuras transições. A Satisfação Conjugal, o Planeamento Familiar, a Adaptação à Gravidez e o Papel Parental, são as áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Finalmente, a dimensão funcional está associada aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho de tarefas e funções na família e apresenta como área de atenção o Processo Familiar e o Papel de Prestador de Cuidados (Figueiredo, 2012). Como forma de sistematizar e orientar a avaliação e intervenção nas

famílias, com base no MDAIF, foi utilizado um documento orientador, Anexo II, que apresenta as três dimensões avaliativas e respectivas dimensões operativas e espaço para a justificação teórica, de forma que a prática seja baseada na evidência. Será realizada avaliação e intervenção naquelas dimensões que se justifiquem, de acordo com o tipo de família.

No decurso da prestação de cuidados às famílias foram utilizados vários instrumentos de avaliação e intervenção familiar e técnicas de avaliação e intervenção familiar sistémica. Os instrumentos de avaliação e intervenção familiar, associados à matriz operativa do MDAIF e que foram utilizados são: o genograma e psicofigura de Mitchell, o ecomapa, a escala de notação social da família (Graffar adaptado) e Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES II. São vários os estudos que enfatizam a utilização deste tipo de instrumentos, uma vez que, dão a possibilidade de visualizar a estrutura das famílias e, especificamente, os recursos materiais e humanos existentes (Correia et al., 2021; Pinho et al., 2022). Para além disso, foram utilizadas técnicas transversais de avaliação e intervenção familiar sistémica, nomeadamente, as questões lineares, circulares, reflexivas e de escala, uma vez que favorecem as narrativas dos elementos da família, permitindo novas perceções sobre a família como um todo. Relativamente às técnicas específicas do EEECESF utilizadas como atividades que concretizam as intervenções, destacam-se: a metáfora, a conotação positiva, o reenquadramento e os rituais terapêuticos.

O genograma criado por McGoldrick e Gerson (1985) é um instrumento de colheita de dados da família e uma técnica de intervenção familiar, na medida em que permite ao utilizador aferir a estrutura familiar, os sistemas familiares, as suas normas e os problemas familiares do passado e do presente, assim como, os problemas que no futuro possam surgir. Apresenta essa informação de forma gráfica e que possibilita deduzir a evolução dos problemas (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2023b; Figueiredo et al., 2023a; McGoldrick & Gerson, 1985). No genograma também podem ser apresentadas as relações intrafamiliares, conforme a perceção dos membros da família, que se denomina de psicofigura de Mitchell (Figueiredo et al., 2023b). O genograma permite,

assim, perceber o funcionamento e desenvolvimento da família, reconhecer os recursos e as necessidades do presente e perspetivar as do futuro. Através da sua análise, é possível apoiar a atividade diagnóstica dos profissionais de saúde acerca da estrutura e função da família, sendo, assim, um bom aliado na construção da hipótese sistémica, imprescindível para o planeamento da Entrevista Familiar Sistémica (EFS) (Figueiredo, 2023b).

O ecomapa desenvolvido por Hartman (1978), como uma ferramenta de avaliação familiar com o objetivo de representar as redes sociais que dão suporte ao indivíduo e os processos relacionais com impacto na saúde da família e dos seus membros. A sua representação é acompanhada de símbolos explanados numa legenda (Correia, 2017; Hartman, 1978). Este instrumento de avaliação familiar foca-se nas relações entre o indivíduo e o contexto externo, com destaque nas forças e na qualidade dessas relações, facilitando, deste modo, o entendimento dos recursos face às necessidades identificadas (Figueiredo, 2023c).

A escala de notação social da família de Graffar adaptado (1956), que foi adaptada para a população portuguesa por Amaro (2001), avalia cinco itens - a profissão, a instrução, a origem do rendimento familiar, o tipo de habitação e o local de residência e, para cada um destes, é atribuído um grau, de um a cinco, mediante avaliação. Para isso, é identificado o membro da família com maior nível para cada um dos três primeiros itens apresentados. O somatório da pontuação dá indicação da posição social dividida em cinco classes: classe alta, classe média alta, classe média, classe média baixa e classe baixa. A destacar que os itens: origem do rendimento familiar e o tipo de habitação, são critérios de diagnóstico para as áreas de atenção da dimensão estrutural da família, especificamente, do Rendimento Familiar e do Edifício Residencial. Esta escala foi utilizada com o objetivo de aceder à classe social de cada família, avaliando as condições socioeconómicas e, desta forma, prever e identificar potenciais situações de risco e mudanças dos comportamentos de saúde (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023c; Teixeira et al., 2021). Assim, a cada família foi dada uma pontuação, relativamente à posição mais alta em

cada item, entre os vários membros da família e, assim, definir a classe social de cada família na sociedade.

Finalmente, a Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES II é uma escala de preenchimento individual ou em grupo, do tipo *Likert*, composta por 30 itens. Considerou-se a sua utilização uma vez que permite perceber o funcionamento das famílias com base em dois conceitos centrais: a coesão e a adaptabilidade (Figueiredo et al., 2023d). A coesão familiar está associada à parte emocional dos elementos da família e para a avaliação desta dimensão a escala contempla os seguintes conceitos: os laços emocionais, o tempo, os amigos, o espaço, as decisões, os interesses, os limites familiares e as coligações. A sua avaliação permite classificar as famílias no que toca a coesão familiar em: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. Por outro lado, a adaptabilidade familiar diz respeito à capacidade de alterar o sistema familiar aquando do aparecimento de situações stressoras, que podem implicar alterações na liderança, nas regras ou até nos papéis familiares. Esta escala apresenta quatro classificações na adaptabilidade familiar: rígida, estruturada, flexível e muito flexível. A ligação entre os quatro níveis de coesão e os quatro níveis de adaptabilidade dá origem a quatro tipos de sistemas familiares mais gerais: equilibrada, moderadamente equilibrada, intermédia e extrema (Figueiredo et al., 2023d).

Importa referir que todas as consultas com as famílias tiveram por base a EFS, enquanto metodologia e recurso fundamental para o trabalho do EEECESF (Figueiredo, 2023d). Esta ferramenta tem por base o pensamento sistémico e emerge da inter-relação entre a disciplina da cibernética, a teoria da comunicação humana e a teoria geral dos sistemas, tendo como base a aleatoriedade dos fenómenos, motivo pelo qual são imprevisíveis e irreversíveis, sendo por isso incontrolláveis (Figueiredo, 2023d; Svaldi et al., 2013). Os sistemas estão assim num permanente e delicado processo de evolução, auto-organização e mudança (Figueiredo, 2023d). Para Svaldi et al. (2013) a abordagem sistémica de um fenómeno ou problema permite conhecer e perceber melhor a sua complexidade, pois os dados são avaliados de forma contextualizada e correlacionada. Ao possibilitar uma aprendizagem coletiva, o

pensamento sistémico permite que cada elemento do grupo, possua uma visão mais alargada do problema, possa contribuir com mais informação e de forma mais criativa para a análise e resolução do problema (Ferré-Grau, 2023; Svaldi et al., 2013). Deste modo, é mais fácil para o grupo descortinar as dificuldades, oportunidades e imaginar estratégias de modo a transfigurar a sua realidade e alcançar os objetivos comuns (Svaldi et al., 2013). Dos diversos tipos de entrevista, é a EFS aquela que se revela mais proveitosa para analisar e interpretar as especificidades da multiplicidade de tipos de famílias que existem atualmente (Sequeira, 2016; Sequeira et al., 2023). Cada família é um mundo complexo de significados próprios, que carece de interpretação por parte do profissional de saúde, sendo que, este terá de adaptar a entrevista a cada família e seus respetivos membros (Sequeira et al., 2023). Estes autores referem que, a melhor forma de promover uma entrevista familiar que evidencie essas facetas singulares, é através da criação de um relacionamento terapêutico, entre enfermeiro e os membros da família, “desde que exista acordo entre ambas as partes, privilegiando, numa primeira fase, o *rapport*, numa base de compreensão, aceitação, honestidade, confiança e compromisso entre todos os envolvidos” (p. 401). Os principais objetivos desta entrevista são: avaliar a comunicação da família e potenciar oportunidades de comunicação; conhecer a dinâmica da família; detetar os principais problemas da família, assim como os níveis de *stress* e tensão na mesma; analisar a existência de alguma crise familiar; ajudar nas opções de intervenção perante a crise; auxiliar a família nas suas estratégias de *coping*; facilitar e estimular a manifestação dos problemas, dos sentimentos e das emoções e conseguir chegar a um compromisso com a mesma, através da negociação (Sequeira, 2016; Sequeira et al., 2023). A EFS afirma-se, assim, como uma das técnicas de colheita de informação acerca da família e de suporte educacional e emocional, mais importante no contexto da ESF e requer, por parte do enfermeiro, qualidades como compromisso, aceitação, compreensão, honestidade e confiança (Ferré-Grau, 2023; Figueiredo, 2023d). Ela permite ainda, ao enfermeiro, intervir na família, auxiliando nos processos de adaptação à mudança, constituindo-se como um pilar educacional e emocional

importante (Ferré-Grau, 2023). A especificidade deste tipo de entrevista é ser dirigida à unidade familiar como um todo, colhendo informação acerca dos seus padrões relacionais, afetivos, de comunicação, crenças, normas e papéis, com o intuito de perceber de que forma estes influenciam o processo de saúde-doença dos seus membros e encaminhar a família para um processo de mudança e adaptação (Ferré-Grau, 2023).

Os princípios da EFS baseiam-se em técnicas transversais. Para isso, utilizaram-se questões lineares, no início da consulta, com o intuito da definição do problema, identificação das suas causas e validação, por parte dos elementos da família, sobre a sua concordância com a descrição desse problema (Figueiredo, 2023d; Zordan et al., 2012). As questões estratégicas utilizaram-se para confrontar a família acerca dos comportamentos dos seus membros e de que forma reagem uns com os outros, face a um problema. A forma como estas questões são construídas, resultam na aquisição de novas atitudes e comportamentos, pelos membros da família (Figueiredo, 2023d). As questões reflexivas foram abordadas com o objetivo de adquirir novas perspetivas sobre formas de interagir, resultando em novas interações, que emergem de novas histórias e outras possibilidades de ver as relações, originando, muitas vezes, novos comportamentos e interações (Figueiredo, 2023d). As questões circulares utilizaram-se para identificar a ligação entre os elementos da família, com foco nos efeitos dos comportamentos, nas diferenças que existem entre os membros e nas alterações hipotéticas que podem ocorrer (Figueiredo, 2023d; Zordan et al., 2012).

Durante a EFS, além das questões transversais utilizaram-se técnicas específicas de intervenção familiar. A metáfora, é uma técnica de intervenção familiar sistémica que apresenta uma perspetiva terapêutica para solucionar problemas no seio familiar, uma vez que se constitui como uma oportunidade dos elementos da família se consciencializarem de algumas questões familiares e refletirem sobre as dificuldades, os obstáculos e as possíveis estratégias que possam permitir a resolução dessa situação (Figueiredo & Dias, 2023a). A metáfora está presente no discurso dos utentes e pode ser utilizada na terapia narrativa como forma de externalizar emoções, sentimentos

e de criar momentos de reflexão e introspeção, de modo que, seja possível a reformulação do seu pensamento. Esta pode ser utilizada, como forma de entender a maneira, como a pessoa estrutura as suas emoções (Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Ramirez & Álvarez, 2022), permitindo, através do sentido figurado da história que o profissional de saúde escolhe utilizar, fomentar o envolvimento emocional dos membros da família. Deste modo, permite aumentar a interação familiar, o seu empenho na compreensão do problema e na exploração dos recursos, que podem ser mobilizados para um desfecho positivo (Figueiredo & Dias, 2023a). A metáfora deve ser utilizada de forma não confrontativa, para que se adeque à família em questão e à disfunção que se pretende trabalhar, de modo que os membros que constituem a família se possam ver espelhados e perceber quais seriam os comportamentos desejados (Figueiredo & Dias, 2023a). Esta poderá ser utilizada como uma história finalizada ou com o fim em aberto, para que a família possa propor finais alternativos, levando cada elemento à introspeção e reflexão sobre os objetivos que pretende atingir (Figueiredo & Dias, 2023a; Trajano & Gonçalves, 2020).

Os rituais terapêuticos, são uma técnica de intervenção familiar sistémica na qual os vários elementos da família participam, numa ação ou em várias ações, com o objetivo de surgir novas regras que, de forma subtil, vão substituir as anteriores (Figueiredo & Dias, 2023b; Zordan et al., 2012). De salientar que todas as famílias apresentam rituais no seu dia-a-dia, que são essenciais, para o seu funcionamento e promovem a coesão familiar. Esta técnica pode ser utilizada em todas as etapas do processo terapêutico, assim como modificada ao longo desse processo (Figueiredo & Dias, 2023b). A importância da utilização dos rituais terapêuticos, como técnica de intervenção familiar específica, baseou-se na capacidade de incluir fatores individuais e familiares, com o foco nos processos familiares (Matos & Grácio, 2016).

A conotação positiva, é outra técnica de intervenção familiar sistémica, que procura que um comportamento ou sintoma negativo apresente benefício para o funcionamento familiar (Figueiredo & Dias, 2023c). Possibilita, assim, ao EEECESF, evidenciar que os sintomas considerados como negativos, pelos

membros da família, são benéficos para o funcionamento da família (Zordan et al., 2012). Os sintomas, ao serem qualificados como positivos, conduzem a uma resignificação de toda a situação, conduzindo a uma conotação positiva ao propósito do sintoma ou do comportamento. Assim, o uso desta técnica permite aos membros da família, perceber que têm as condições necessárias para resolver o problema (Figueiredo & Dias, 2023c). Para o uso desta técnica deve-se ter em atenção alguns princípios, como o foco nas causas positivas em vez das negativas e a valorização da relação de um sintoma com o comportamento, que funcionam como solução (Figueiredo & Dias, 2023c).

O reenquadramento, como técnica de intervenção familiar sistémica, permitiu reinterpretar eventos stressantes da família de uma forma mais positiva. Esta técnica promove uma mudança de segunda ordem, permitindo transformar as normas que regem o funcionamento familiar (Figueiredo et al., 2020; Ribeiro & Figueiredo, 2023a). Ao atribuir uma nova perspetiva a um sintoma negativo, facilita a modificação das regras e das crenças familiares que, por serem rígidas, já não acompanhavam a evolução da família. Assim, a alteração de regras e crenças permite modificar as relações familiares e os comportamentos sintomáticos (Figueiredo et al., 2020; Ribeiro & Figueiredo, 2023a).

Para a avaliação e intervenção em cada membro da família, foi utilizada a Teoria das Transições de Afaf Meleis, já que, esta, permite uma melhor análise e intervenção nos indivíduos que vivenciam processos de transição (Meleis, 2010). Esta teoria de enfermagem aborda a transição como a passagem de uma fase, estado ou condição, para outra, com base nos processos e resultados da interligação entre o indivíduo e o ambiente (Meleis, 2010). Partindo do princípio de que todas as transições originam mudança, de forma a facilitar a sua compreensão, é necessário identificar os significados, as crenças, as atitudes, o nível socioeconómico, o conhecimento prévio à transição e a preparação do indivíduo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Trata-se de um processo complexo, na medida em que, ocorrem mudanças, com necessidade de uma reorganização interior e uma adaptação do indivíduo, às novas circunstâncias ou à nova condição de saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Tal como já referido no capítulo anterior, existem quatro tipos de

transições quanto a sua natureza: as situacionais, as desenvolvimentais, as organizacionais e as saúde/doença, de acordo com o referencial teórico de Afaf Meleis.

No âmbito da intervenção em cada membro da família destacou-se o recurso à Entrevista Motivacional (EM) como uma técnica eficaz, com relevância na prestação de cuidados holísticos à pessoa, na promoção da sua autonomia no âmbito da transição saúde/doença e que é, frequentemente, utilizada na autogestão da doença (Silva et al., 2022). É uma estratégia centrada no indivíduo que visa aumentar a motivação intrínseca para a mudança ao explorar e resolver ambivalências, por exemplo, para mudança dos estilos de vida (Miller & Rollick, 2002; Miller & Rollick, 2016; Ribeiro & Figueiredo, 2023b). A ambivalência pode ser definida como uma pessoa apresentar sentimentos opostos, simultaneamente, relativamente a uma experiência. Os indivíduos que se encontram em ambivalência querem mudar o comportamento, mas, simultaneamente não o querem mudar, uma vez que apresentam razões a favor e contra (Miller & Rollick, 2002; Miller & Rollick, 2016; Ribeiro & Figueiredo, 2023a). O EEECESF tem um papel fundamental na resolução da ambivalência, aumentando a motivação intrínseca dos indivíduos para a mudança (Miller & Rollick, 2002; Ribeiro & Figueiredo, 2023a). A EM baseia-se em quatro grandes processos recursivos, em que cada um não termina quando surge o seguinte, cada um pode, assim, sobrepor-se ou repetir-se (Miller & Rollick, 2016). O primeiro processo é o ligar e baseia-se no facto da ligação terapêutica, ser um pré-requisito para as etapas seguintes. O segundo processo é o foco no assunto que a pessoa vem tratar, contínuo e de manutenção da direção, colaborativamente, e procurando encontrar uma direção mutuamente definida. É também um pré-requisito necessário para os dois processos seguintes. O terceiro processo é a evocação através do estímulo das próprias motivações do cliente para a mudança. Finalmente, o quarto processo refere-se ao planeamento, que surge quando a motivação das pessoas alcança a prontidão, no momento em que as mesmas começam a pensar e falar sobre quando e como mudar. Este plano de mudança, baseia-se na passagem da intenção de querer mudar para a implementação do mesmo.

Trata-se de um processo que se constrói sobre os anteriores processos mencionados (Miller & Rollick, 2016).

Na avaliação e intervenção de cada membro da família, com o objetivo da mudança comportamental, foi utilizada a EM de Miller e Rollick (2016) e o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental de Proshaska e DiClemente (1982) com a identificação do estadio da mudança. O Modelo Transteórico de Mudança Comportamental de Proshaska e DiClemente (1982) é um modelo utilizado que inclui cinco estadios da mudança: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Prochaska & DiClemente, 1982).

4.1.2. Descrição dos cuidados às famílias e seus membros

A prestação de cuidados às famílias decorreu sempre no contexto da USF, com um número de consultas ajustado de acordo com as necessidades e disponibilidade das mesmas, com um intervalo de aproximadamente quatro semanas entre as consultas e com a presença de um ou dois membros das famílias. A avaliação e intervenção na família e em cada um dos seus membros apresenta-se da seguinte forma: a descrição do número de consultas efetuadas, a descrição da composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social, a descrição da avaliação e intervenção familiar de acordo com o MDAIF e, por fim, a descrição da avaliação e intervenção individual de cada membro da família. Conhecer o tipo de família permite analisar “a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento” (Figueiredo, 2012, p. 73). Relativamente à família extensa, esta refere-se aos membros que não estão incluídos naquele sistema familiar, sendo que, conhecê-la, permite estabelecer a intensidade, o tipo de contacto e as funções entre os membros da família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). No âmbito da avaliação dos sistemas mais amplos, foi utilizado o instrumento ecomapa e para avaliação da classe social, a escala de notação social da família (Graffar adaptado), conforme já descritos anteriormente.

No âmbito da dimensão estrutural do MDAIF, todas as famílias foram avaliadas nas várias áreas de atenção, exceto uma família que não foi avaliada na área de atenção do Animal Doméstico por não o possuir. Relativamente à área de atenção do Rendimento Familiar, esta refere-se ao dinheiro recebido pelo trabalho, como forma de garantir a segurança, a estabilidade e as necessidades básicas (Figueiredo, 2009). No que diz respeito à área de atenção do Edifício Residencial, este é o local onde a família reside e lhe faculta abrigo e segurança, incluindo “aspetos da habitação relacionados com a presença de barreiras arquitetónicas, a presença e o tipo de aquecimento, o abastecimento de gás e ainda a salubridade da habitação” (Figueiredo, 2009, p. 271). No que concerne às Precauções de Segurança, estas são capacidades que a família deve desenvolver para garantir um ambiente seguro, evitando acidentes ou situações de risco que possam afetar a saúde dos membros (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023e). No âmbito da área de atenção do Abastecimento de Água, esta corresponde à água potável, essencial para garantir as condições que são necessárias, relativamente à promoção da saúde das pessoas. A sua avaliação é crucial, nomeadamente, quando se verifica que existe consumo através de uma rede privada de água. Assim, é importante a capacitação da família, com o objetivo que esta tenha conhecimento acerca das várias causas de contaminação da água e os sintomas associados à ingestão de água imprópria, para que a família apresente cuidados e mantenha a água em bom estado para o seu consumo (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023e). Por fim, a área de atenção do Animal Doméstico está relacionada com o ambiente biológico, que se encontra associado ao contacto com animais domésticos e é importante verificar se estes tem a vacinação e a desparasitação atualizadas e uma higiene adequada (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023e).

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, a nomeação da etapa do ciclo vital permite melhorar a contextualização da família e o processo de tomada de decisão sobre áreas relevantes, de acordo com a especificidade de cada família (Figueiredo, 2012). As Famílias 1 e 2 encontram-se na etapa do ciclo vital familiar, segundo Relvas (2006), Família com filhos adultos em que estes

já saíram de casa. Trata-se de uma etapa caracterizada por uma nova dinâmica familiar, com o envelhecimento do casal e recetividade a gerações mais novas, especificamente, os netos (Alarcão, 2006; Relvas, 2006). Nesta etapa, os filhos passam a ter uma casa própria, um emprego e a construir uma nova família (Teixeira, 2023). Para além disso, verifica-se proximidade na família verificando-se nos filhos uma tendência para a autonomia, com crescente responsabilidade, mas com proximidade em relação aos pais (Teixeira, 2023), numa relação entre filhos e pais baseada no suporte de pais para filhos e vice-versa (Bentes et al., 2021). Nesta dimensão, foi avaliada a área de atenção da Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas da relação dinâmica e da comunicação, uma vez que, as Famílias 1 e 2 são constituídas pelos casais e os filhos já saíram de casa há vários anos. Também na Família 3 (Anexo III), constituída por um casal em idade não fértil e sem filhos, no âmbito da dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da Satisfação Conjugal. A relação conjugal é uma área fundamental da vida adulta e a qualidade da mesma traz consequências na saúde mental, física e profissional dos indivíduos (Figueiredo, 2009). A Família 4, que se encontra na etapa do ciclo vital, segundo Relvas (2006), Famílias com filhos na escola, no âmbito da dimensão de desenvolvimento, foram avaliadas as áreas de atenção da Satisfação Conjugal, do Planeamento Familiar e do Papel Parental, que se encontram descritas em Anexo IV.

Nenhuma família foi avaliada nas dimensões operativas da interação e função sexual, no âmbito da área de atenção da Satisfação Conjugal do MDAIF, uma vez que, em nenhuma família se constituiu uma área prioritária e pelo facto da sua abordagem, numa fase inicial de conhecimento da família, poder resultar numa quebra na relação terapêutica, já que esta exige tempo na construção da confiança, da empatia e na criação de um ambiente seguro (Almas & Benestad, 2021).

Quanto à dimensão funcional, em todas as famílias foi feita uma avaliação no âmbito da área de atenção do Processo familiar, especificamente, o *coping* familiar e as crenças. A avaliação do *coping* familiar torna-se essencial, na medida em que, a capacidade de gestão dos membros da família sobre

estratégias de resolução para os problemas, permite que todo o sistema familiar se desenvolva positivamente (Figueiredo, 2009). Revela-se essencial em momentos de crise, nomeadamente, no aparecimento recente de uma doença crónica, como a HTA num dos membros, que acontece como uma oportunidade de mudança e permite um novo nível de funcionamento familiar (Figueiredo, 2009; Lourenço, 2019; Mingote et al., 2021). As crenças familiares, enquanto valores que fazem parte do sistema familiar tem influência na tomada de decisão, no que concerne, à solução dos problemas e aos comportamentos de saúde. Estas podem ser favorecedoras de mudança e facilitam o funcionamento familiar, ou então, dificultadoras dessa mudança, limitando as opções para a solução de problemas na família. Assim, a sua avaliação torna-se essencial perante uma crise no sistema familiar, uma vez que influenciam o equilíbrio dinâmico de todo o sistema familiar (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2023; Silva et al., 2021).

Relativamente à avaliação individual, cada membro da família foi avaliado de acordo com a Teoria das Transições, conforme descrito anteriormente e em áreas de atenção individuais prioritárias, de acordo com o diagnóstico recente de HTA, nomeadamente, no domínio da autogestão da HTA, especificamente, do regime terapêutico (Birudaraju et al., 2020; Carey et al., 2022; DGS, 2013b). A autogestão tem como objetivo que os membros mantenham o seu bem-estar e ao mesmo tempo capacitá-los ao nível da sua gestão clínica, na mudança de comportamentos e na sua gestão emocional (Lorig & Holman, 2003). Este processo de autogestão implica duas propriedades fundamentais: a consciencialização e o envolvimento do indivíduo, ao longo de todo o processo (Lorig & Holman, 2003; Meleis, 2010). Uma autogestão eficaz da HTA está associada ao sucesso da transição do tipo saúde-doença (Lorig & Holman, 2003).

De seguida, encontra-se explanado o processo de enfermagem realizado a cada família e aos seus membros, começando na colheita de dados, na identificação dos diagnósticos de acordo com os critérios de diagnóstico definidos na matriz operativa, dos objetivos, das intervenções planeadas de acordo com o diagnóstico e respetivas atividades que as concretizam, e,

finalmente, a avaliação das intervenções realizadas. De forma a utilizar uma linguagem classificada na descrição dos cuidados que foram prestados aos membros das famílias, recorreu-se à taxonomia de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) via ICN Browser e à Ontologia de Enfermagem via ICN Browser da OE. Para a descrição dos cuidados prestados à família como um todo foi usado o MDAIF.

Todas as consultas com as famílias foram baseadas no princípio da beneficência, na medida em que se promoveu a saúde da família, no altruísmo e na solidariedade, tendo em consideração os seus interesses e objetivos, e no princípio da autonomia, através da inclusão da família e seus membros na tomada de decisão (OE, 2015). Para além disso, foram respeitadas as responsabilidades profissionais, éticas e legais, assim como, garantida a confidencialidade e sigilo de todos os dados recolhidos e a privacidade das famílias (OE, 2015). Desta forma, as famílias estão identificadas numericamente e os seus elementos, com letras, que não correspondem às iniciais dos nomes dos mesmos.

Apresenta-se seguidamente, duas das famílias alvo de cuidados, numeradas de um a dois. Tal como já referido anteriormente, as Famílias 3 e 4 encontram-se, em Anexo III e IV, respetivamente.

Família 1

A Família 1 é constituída pelo casal: F, do sexo masculino, de 75 anos e H, do sexo feminino, de 72 anos, casados há 50 anos. Encontram-se reformados, sendo que F era motorista e H era cozinheira. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O casal tem três filhos, o K de 41 anos, casado e com três filhos, o L de 45 anos, solteiro e o M de 49 anos, casado e com uma filha. Todos os filhos já saíram de casa. Os pais de F e H já faleceram.

O membro F tem como antecedentes HTA, diagnosticada há cinco meses (em maio 2024), excesso de peso e hiperplasia benigna da próstata. O membro H tem como antecedentes HTA (desde 2018), artrite reumatoide, dislipidemia,

excesso de peso, insuficiência venosa e apresenta uma úlcera venosa no Membro Inferior Esquerdo (MIE).

Foram realizadas cinco consultas na USF, com o casal, com uma duração média entre 40 a 60 minutos. Com o intuito de realizar a colheita de dados no que concerne à composição familiar, de forma a perceber a estrutura da família nuclear e extensa, foram feitas questões lineares aos elementos da família. Na Figura 2, encontra-se representado o genograma com a psicofigura de Mitchell.

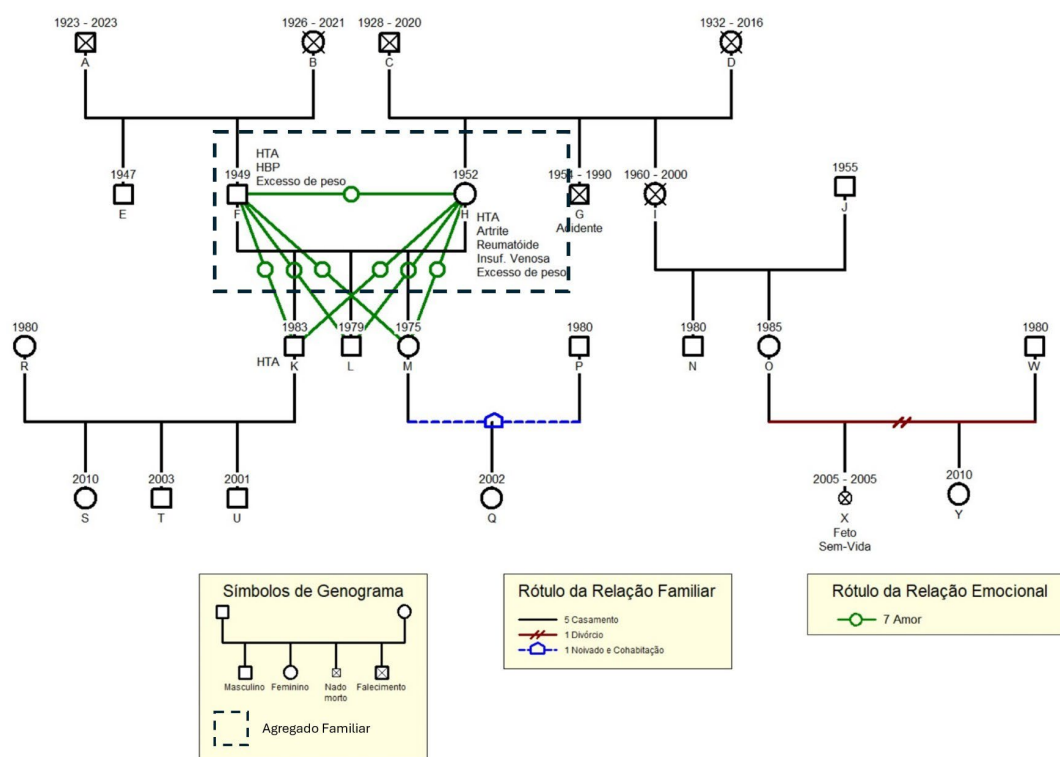


Figura 2 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 1

A Família 1 é do tipo nuclear, uma vez que, é constituída por uma mulher, um homem e os três filhos biológicos (Figueiredo, 2012), que já não estão em casa dos pais e, por isso, encontra-se presente o subsistema conjugal e individual. Relativamente à família extensa, ambos os membros apresentam contacto diário e presencial com o filho K, uma vez que, este vai almoçar lá em casa, de segunda a sexta-feira e apresentam um contacto semanal e presencial, com os restantes filhos, netos e a nora. Todos estes exercem funções de companhia social, de apoio emocional, de guia cognitivo e de conselhos, de regulação

social e de ajuda material e de serviços. Com o genro P apresentam um contacto quinzenal e presencial, com a função de companhia social, de apoio emocional e de regulação social. No que concerne à psicofigura de Mitchell, F e H apresentam uma relação de amor entre si, assim como, em relação a K, L e M (filhos).

Relativamente aos sistemas mais amplos, conforme se observa no ecomapa representado na Figura 3, H apresenta um vínculo intermédio com o grupo coral da igreja e ambos os membros da família apresentam um vínculo intermédio com a equipa da USF, com a equipa do hospital e com os amigos do prédio. Para além disso, apresentam um vínculo forte com dois amigos de infância.

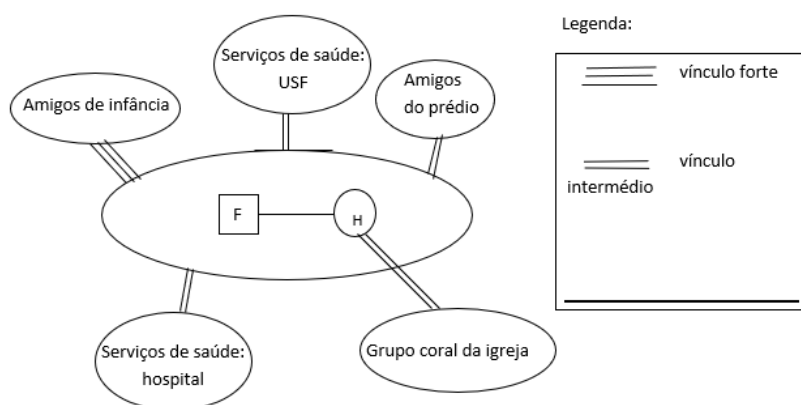


Figura 3 - Ecomapa da Família 1

A classe social foi avaliada com recurso à escala de notação social da família (Graffar adaptado), sendo que a família se situa na classe média baixa, com um resultado de 18 pontos. Para isso, foram avaliados os vários itens desta escala: a profissão e a instrução (estudaram até ao 6º ano) correspondem ao grau quatro; a origem do rendimento familiar é a reforma, que também corresponde ao grau quatro; o tipo de habitação apresenta-se em bom estado de conservação, com os eletrodomésticos essenciais e o local de residência é uma zona intermédia, ambos correspondem ao grau três. Estes dois últimos

dados foram obtidos através do enfermeiro cooperante, que já visitou o edifício residencial da família.

Foram avaliadas todas as áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF, que se encontram descritas seguidamente. Relativamente ao Rendimento Familiar desta família, este apresenta-se no grau quatro e quando questionados os membros da família acerca do conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares, H afirma: “As reformas são pequenas, tentamos evitar grandes gastos para o dinheiro chegar até ao fim do mês e assim conseguimos gerir e satisfazer as nossas necessidades básicas”. Tendo em consideração os dados colhidos foi identificado o diagnóstico: **Rendimento Familiar não insuficiente.**

Os dados relativos à avaliação do Edifício Residencial desta família foram obtidos através do enfermeiro cooperante, como já referido, que descreve estar em bom estado de conservação, com os eletrodomésticos essenciais e apresenta higiene da habitação. Assim, foi classificado o Edifício Residencial em grau três, de acordo com a escala de notação social da família (Graffar adaptado). Tendo em conta os dados apresentados foi identificado o diagnóstico de **Edifício Residencial seguro e não negligenciado.**

No âmbito da área de atenção das Precauções de Segurança, foram obtidos dados acerca da ausência de barreiras arquitetónicas no edifício residencial, através do enfermeiro cooperante. Para além disso foi avaliado o conhecimento do casal acerca da prevenção de quedas e verificou-se que estes apresentam conhecimento, conforme afirmações do casal, tais como, “Já sabemos que não podemos ter tapetes, nem coisas nos corredores que a gente possa tropeçar”, “O chão quando está molhado ninguém vai para lá...é um perigo e tenho medo de que algum de nós caia” e “E também temos cuidado na escolha do calçado, é sempre de sola baixa e não lisa”.

Ainda no âmbito da área de atenção das Precauções de Segurança, foi verificada a existência de algum tipo de aquecimento. F refere que em casa apresentam como fonte de aquecimento, a lareira, e verifica-se que os membros da família apresentam conhecimento acerca da utilização da mesma,

já que F afirma: “a lareira é um perigo...nunca temos nada que possa arder junto à lareira e quando vamos para a cama apagamos as fragolas, deixamos sempre um pouco de uma janela aberta para não se acumular fumo na cozinha”. Relativamente ao abastecimento de gás, estes referem apresentar botija, no entanto, não apresentam conhecimento acerca da utilização da botija de gás, uma vez que, F relata: “As botijas de gás sou eu que as transporto, no carro, viradas de lado...e se notar alguma fuga de gás em casa tenho de chamar os técnicos... mas até virem e se precisar uso na mesma as botijas”. Perante estes dados foi identificado o diagnóstico de **Precaução de Segurança não demonstrada relacionada com conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás**. Com o objetivo de promover o conhecimento dos membros da família acerca da utilização correta do dispositivo de gás, foram realizadas as seguintes intervenções: **Ensinar sobre utilização de equipamento de gás e negociar sobre utilização de equipamento de gás**. Para isso, foram realizadas atividades que concretizam as intervenções, como, questões lineares: “Qual a importância de utilizar corretamente a botija de gás?” e “Sabem que a garrafa de gás deve ser armazenada no exterior da casa?”, questões circulares: “De que forma a D. H pensa que ao utilizar corretamente a botija de gás está a garantir segurança do Sr. F?” e questões reflexivas: “Se o Sr. F não utilizar bem a botija de gás o que acha que poderá acontecer?” e a “A D. H o que acha que poderá acontecer se não utilizar corretamente a botija de gás?” e realizada a intervenção de ensinar sobre a utilização de equipamento de gás, nomeadamente:

- Armazenar a botija no exterior da casa, se possível;
- As botijas devem encontrar-se sempre na vertical;
- Se houver fuga de gás ventilar o local, fechar a válvula da botija e entrar em contacto com um técnico especializado;
- Substituir a mangueira que liga o redutor ao fogão antes de terminar o prazo de validade da mesma;
- Quando a botija estiver a terminar não a colocar de lado;

- Evitar fazer o transporte de garrafas de gás no carro – se tal não for possível, transportar a garrafa sempre na vertical com os vidros abertos e não expor ao sol (ERSE, s.d.; PRIO, 2024).

No que concerne a esta área de atenção, na segunda consulta os membros da família já conseguiram descrever os cuidados necessários a ter com a utilização das botijas de gás, como afirma F: “Já sei que não poderei transportar mais a botija de gás no carro nem usar a garrafa em caso de fuga de gás” e H: “Temos de organizar a casa de modo que consigamos deixar a garrafa na parte de fora da casa...sei que é um grande perigo tê-la dentro de casa”. Na última consulta, H referiu: “Finalmente conseguimos arranjar um sítio fora da casa e passar para lá a garrafa do gás, com a ajuda do nosso genro”. Assim, foi mudado o status do diagnóstico para **Precaução de Segurança demonstrada relacionada com conhecimento demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás.**

Relativamente à área de atenção do Abastecimento de Água, esta família apresenta abastecimento de água da rede mista, sendo que F afirma: “Usamos a água do furo só para regar ou limpar os passeios. Para o nosso consumo, incluindo tomar banho, usamos a água da rede pública. Sabemos que se um dia quisermos usar a água do furo para consumo, esta tem de ser analisada claro.” Analisando os dados foi identificado o diagnóstico de **Abastecimento de Água adequado.**

No âmbito da avaliação da área de atenção do Animal Doméstico, H afirma: “Temos uma cadela arraçada, mas está vacinada e desparasitada, temos sempre esse cuidado de todos os anos ir ao veterinário”. Para além disso, o enfermeiro cooperante afirma que o animal apresenta uma higiene adequada. Assim foi identificado o diagnóstico de **Animal Doméstico não negligenciado.**

No âmbito da dimensão de desenvolvimento, na área de atenção da Satisfação Conjugal, no que respeita à satisfação com a partilha de tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares, como, “Costumam dividir as tarefas domésticas?”, “Estão satisfeitos com a divisão?”, “Sempre foi assim ou houve algum momento da vossa vida em que a partilha era diferente?” e “Após o

diagnóstico de HTA do Sr. F houve alguma alteração nessa divisão?”. H afirma: “sim vamos dividindo as tarefas domésticas...eu por norma faço sempre as limpezas cá em casa e cozinho. O meu marido também ajuda a cozinhar, lavar a loiça...vamo-nos ajudando por isso estou satisfeita. Claro que quando os filhos eram pequenos o meu marido ajudava-me mais, mas aí também era exigente” e F afirma: “sim, não é sempre rígido. Eu vou fazendo umas coisas e ela outras e por isso estou satisfeito com a divisão... não houve assim alterações desde que passei a ser hipertenso”. Assim, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionado com a satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas.**

Relativamente à Satisfação Conjugal, no que se refere ao tempo que passam juntos, foram feitas questões reflexivas, lineares e de escala, tais como, “Acham que o tempo que passam juntos é suficiente ou gostariam de passar mais tempo juntos?”, “Estão satisfeitos com esse tempo que ambos passam juntos?” e “Numa escala de 1 a 10, onde 1 significa nada satisfeitos e 10 totalmente satisfeitos, que pontuação atribuem relativamente à satisfação com o tempo que passam juntos?”. H refere: “Acho que agora reformados conseguimos passar bem mais tempo juntos e isso agrada-me. Um 9.” e F refere: “Sim, temos mais tempo para fazer as nossas coisas, é bom ambos estarmos mais disponíveis e sim, estou satisfeito com o tempo que agora passamos juntos. Atribuo um 8.”. Perante os dados apresentados, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada com a satisfação com o tempo que estão juntos.**

No que concerne à satisfação do casal na forma como cada um expressa os sentimentos foram realizadas questões lineares e circulares, tais como, “Consideram que a forma como cada um de vós se expressa, acerca do que sente e pensa é satisfatória?” e “Consideram que cada um de vós valoriza o que o companheiro sente e pensa?”. F refere: “O meu marido é uma pessoa que até fala de alguns temas, mas nunca mostra o que possa sentir, não mostra as emoções, pode sentir-se muito em baixo, mas também não o diz e isso deixa-me preocupada e não me agrada, além de não ser bom para ele.” e H afirma: “Eu também não tenho de dizer tudo. Não partilho o que sinto com

ela...isso é verdade enfermeira. Sei que ela fica aborrecida com isso.” Assim, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionada com a não satisfação com a forma como cada um expressa os sentimentos.**

Quanto à comunicação do casal, foi avaliado se ambos conversavam acerca das expectativas e receios de cada um. Para isso foram realizadas questões lineares, circulares, reflexivas, tais como “Quando existe alguma coisa que vos preocupa conversam sobre isso?”; “O diagnóstico de HTA ao Sr. F preocupou-vos?”; “Conversaram acerca disso?”; “Conversam acerca da vossa relação?”; “O Sr. F gostaria que a vossa relação fosse diferente? E a D. H?”; “Agora que os vossos filhos já não estão convosco consideram que podem ter outros projetos juntos?” e “Conversam sobre os receios de cada um e formas de ultrapassá-los?”. H refere: “Falando por mim, estou completamente à vontade para falar acerca daquilo que me preocupa...O meu marido não é tão aberto a falar de coisas que o preocupam, mas se há alguma coisa que achamos que não está bem, que remédio temos de falar sobre isso e sobre formas possíveis de ultrapassar, considero que a nossa relação está bem assim.” e F refere: “Sim, sinto-me à vontade para falar...o diagnóstico de HTA preocupou-nos, afinal é uma doença para toda a vida e conversamos acerca disso... Agora podemos ter outros projetos juntos, um deles é passar mais tempo com os nossos netos, aproveitar para passear etc..” Perante os dados apresentados, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada com a comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um.**

Relativamente à satisfação do casal acerca do seu padrão de comunicação, foram realizadas questões lineares e de escala, tais como: “Sentem que na vossa relação existe espaço para o diálogo?”, “Estão satisfeitos acerca da forma como comunicam?” e “Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nada satisfeitos e 10 totalmente satisfeitos, que pontuação atribuem à satisfação quanto à forma como comunicam?”. H refere “Sim, até conversamos bastante acerca de alguns temas, então agora reformados ainda mais tempo temos para isso...estou satisfeita acerca da forma como eu e o meu marido comunicamos...acho que um 8.” e F refere “É verdade, e tal como a minha

esposa estou satisfeito na forma como o fazemos. Um 9.”. Perante estes dados, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada com satisfação do casal acerca do seu padrão de comunicação.**

Finalmente, foi avaliada a satisfação do casal acerca do acordo entre ambos quando há discordância de opinião. Para isso foram realizadas as seguintes questões lineares e circulares: “Quando ambos tem opiniões diferentes acerca de algo, conseguem chegar a um consenso?”; “Consideram que a vossa opinião, apesar de ser diferente é respeitada pelo outro?”; “Algum de vós tem de ceder com mais frequência para que ambos cheguem a um acordo?”. H refere: “Que remédio temos nós, conseguimos chegar a um consenso, embora às vezes não seja fácil. Respeitamos a opinião de cada um e isso é importante para ambos...Eu por norma cedo mais vezes, ele é mais teimoso, mas pronto alguém teria de ceder” e F refere: “Verdade, ambos chegamos a um acordo e ambas as opiniões são sempre respeitadas. Fico feliz por isso.”. Assim, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada com o casal conseguir chegar a acordo quando há discordância de opinião.**

Perante os dados recolhidos foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionada com relação dinâmica disfuncional manifestada pela não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.**

Assim, com o objetivo de melhorar a satisfação do casal acerca da forma como cada um expressa os seus sentimentos, foi realizada a intervenção de **promover a comunicação expressiva de emoções.** Para isso, como atividades que concretizam as intervenções, recorreu-se ao uso de questões lineares: “Ambos gostariam de ficar satisfeitos relativamente à forma como cada um expressa os sentimentos?”, de questões circulares: “O que sente o Sr. F relativamente ao facto da sua esposa afirmar que gostaria que expressasse mais aquilo que sente?” e a técnica de conotação positiva/reenquadramento, como técnica de intervenção sistémica. Na técnica de conotação positiva e reenquadramento, foram utilizadas as seguintes questões para H: “E se

interpretar a maneira do seu marido reter as emoções como uma forma dele a proteger das suas próprias preocupações? Parece-me que ele quer, de certa forma, ser um apoio firme na vossa relação. Concorda?” e “O facto do seu marido não exprimir as emoções também pode ser interpretado como uma preferência pessoal e não como falta de interesse em verbalizar isso consigo. O que me tem a dizer quanto a isso?” e para F: “A sua reserva emocional pode significar que é uma pessoa que valoriza o controlo dos seus próprios sentimentos. Isso pode ser vantajoso, já que, mostra sua capacidade de lidar com as próprias emoções. Concorda?”. H refere: “Pois esse é também um ponto de vista, a verdade é que nunca tinha pensado nisso” e F: “Pois só vêes o lado negativo ... assim olhas também pelo positivo, não me interessa preocupar-te com coisas que lido bem com elas”.

Esta técnica permitiu transformar a atitude de não expressão de sentimentos de F, como algo com um significado positivo, permitindo redefinir o problema de forma a ter uma perspetiva positiva. A ideia é destacar a intenção positiva por trás de comportamentos menos positivos e ajudar cada membro a se sentir compreendido e valorizado, reforçando os pontos positivos e assim, aumentar a coesão familiar (Figueiredo & Dias, 2023c; Weeks & D'Aniello, 2017). Assim foi mudado o status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida relacionada com relação dinâmica não disfuncional manifestada pela satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.**

Na dimensão funcional, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa do *coping* familiar. No âmbito desta área de atenção, percebeu-se que habitualmente H é que tem mais a iniciativa de resolver os problemas, afirmando: “Confesso que tenho mais iniciativa para os começar a resolver, mas o meu marido também ajuda”, foi também feita a seguinte questão: “E o diagnóstico de HTA no Sr. F trouxe algum problema para a família? Se sim, o que mudou?”. F afirma: “Para a minha família, que eu veja não trouxe problemas, claro que a minha esposa no início perguntava me sempre tinha tomado a medicação, para não esquecer, mas isso não é um problema”. Para além disso, ambos os membros estão satisfeitos relativamente

à resolução de problemas, nomeadamente, no que se relaciona com o diagnóstico de HTA de F, afirmando H: “Falamos acerca dos problemas e só assim é que pode ser, na minha opinião estou satisfeita. Mesmo agora com a HTA do meu marido sabemos que ainda falta mudar alimentação, fazer exercício, mas ele sente-se motivado para isso e isso deixa-me feliz, se ele estiver bem eu também estou, estou cá para ajudá-lo” e F: “Eu também estou bastante satisfeito, tenho sempre o apoio e ajuda da minha esposa para aquilo que tenho de mudar” e foi feita uma questão no sentido de perceber que estratégias e se recorrem a recursos externos para resolver os problemas, sejam amigos ou recursos da comunidade, e que estratégias foram usadas após o diagnóstico de HTA de F. Assim, F afirmou: “Sim, já precisamos da ajuda de amigos e da junta de freguesia, por exemplo, para tentar resolver os problemas e correu bem. Relativamente ao surgimento da HTA, até ao momento, não foi necessário recorrer aos recursos externos. Entre mim e a minha esposa conseguimos gerir, nomeadamente, para não esquecer de tomar a medicação”. Quando os membros foram questionados relativamente a experiências anteriores positivas na resolução de problemas, H refere: “Sim temos várias experiências positivas. Lembro-me de quando tivemos os filhos pequenos doentes e ter de pedir a amigos e família próxima transporte para os levar ao médico, todos sempre disponíveis”. Para além disso os membros foram questionados acerca do impacto que o surgimento da HTA trouxe na família e nos subsistemas familiares, nomeadamente, no conjugal. Ambos os membros referiram que até ao momento não houve impacto, nomeadamente, alterações nas rotinas, nos rituais familiares, nas regras, nos papéis familiares nem na relação conjugal entre ambos. Perante estes dados foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar não disfuncional relacionado com coping familiar eficaz**.

Relativamente à avaliação das crenças familiares, relativamente às crenças de saúde, nomeadamente no que se refere à HTA, F afirma: “Agora que sou hipertenso e é uma doença para toda a vida, tenho de ter mais cuidado com a alimentação, o exercício e tomar a medicação direita sem esquecimentos, a saúde é minha e tenho de cuidar dela” e H relata: “É verdade, sou a prova

disso, já sou hipertensa há mais tempo e tenho seguido os conselhos dos profissionais à regra e tenho estado com os valores controlados”, no que concerne às crenças religiosas e espirituais, H afirma: “Acredito que Deus está sempre presente nas nossas vidas e nos consegue ajudar nos momentos mais complicados. Eu rezo a Deus e a nossa Sra. de Fátima...tenho muita fé em ambos” e F verbaliza: “Sim também acredito que Deus nos ajuda...tenho fé nisso”, quanto às crenças culturais H afirma: “Ainda agora a nossa família se vai juntar, aproxima-se o Natal... e não só! Quando fazemos anos também nos costumamos juntar” e também F relata: “A comida... por exemplo, gosto muito de farinha de pau e sopa seca... transmitido do tempo da nossos avós”, quanto às crenças relativas à intervenção dos profissionais de saúde, H afirma: “Para nós a recomendação dos profissionais de saúde tem um valor enorme e seguimos ao máximo as recomendações” e F refere: “Concordo... Afinal são os peritos na área, confiamos e aplicamos as recomendações deles”. Quanto aos valores H refere: “Os valores essenciais para mim são a verdade, o respeito, a união” e F acrescenta: “Para além desses, a educação”. Assim, percebe-se que a Família 1 não apresenta crenças familiares que possam ser dificultadoras de processos de tomada de decisão.

No que concerne à avaliação da coesão e adaptabilidade da Família 1, aplicou-se a escala de Faces II com um score de 65 pontos no item da coesão, que corresponde a uma família ligada e um score de 62 pontos no item da adaptabilidade, que corresponde a uma família flexível e a junção de ambos os itens corresponde ao tipo de família equilibrada. Para além disso, esta família apresenta um padrão de comunicação e o *coping* familiar eficaz e demonstrou flexibilidade para se ajustar ao surgimento de uma doença, mantendo a sua estabilidade e funcionamento neste processo de transição. Assim, podemos afirmar que a Família 1 apresentou uma boa adaptação face ao evento de *stress*, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993).

O EEECESF também tem o foco na saúde individual de cada membro da família. Tendo em conta a Teoria das Transições, podemos verificar que F se encontra a vivenciar uma transição saúde/doença, única, com o evento crítico do aparecimento da HTA. Relativamente às propriedades da transição verifica-

se que o mesmo se apresenta consciencializado face a este processo de saúde/doença, já que, percebe o que tem de mudar para estar adaptado a sua nova condição e apresentar a doença controlada, afirmando “Eu sei que tenho de lidar com esta doença durante toda a vida e mais, sei que se tiver cuidados com a alimentação, como, comer à base de cozidos/grelhados, diminuir os hidratos e os alimentos empacotados, e fazer exercício, os valores da tensão vão ficar melhores e como a médica diz, terei a doença controlada. Quero muito mudar e fazer as alterações no estilo de vida que acabei de referir. Tomo a medicação, todos os dias, conforme a médica mandou”. Para além disso, esta afirmação permite-nos afirmar que, F além de consciencializado, se encontra envolvido no processo de transição. Estas duas propriedades são essenciais, nomeadamente, para a autogestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício, numa pessoa portadora de HTA. A autogestão é reveladora da sua capacidade de conseguir gerir ativamente a sua própria condição de saúde, indo de encontro às três competências explanadas por Lorig e Holman (2003).

Em relação às condições facilitadoras e inibidoras pessoais, os significados atribuídos tem por base as experiências vividas e a perceção da realidade e cada pessoa vai definir a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser (Meleis, 2010) sendo que, H afirmou: “conheço muitas pessoas hipertensas, um deles é o meu filho K, que tem uma vida absolutamente normal mas tem cuidado a tomar a medicação e nas comidas...Claro que também quero ser um exemplo desses”, o que nos permite afirmar que apresenta um significado facilitador neste processo adaptativo. Este apresenta um impacto positivo na autogestão da HTA, na medida em que, influencia a maneira como o indivíduo percebe e gere a sua condição de saúde, melhorando a sua capacidade de decisão e redução do *stress* e ansiedade, contribuindo assim, para a sua gestão emocional (Lorig & Holman, 2003). Para além disso, o estatuto socioeconómico de F não aparenta ser fator inibidor, apresentando um rendimento familiar não insuficiente, por exemplo, para ter acesso à medicação (Meleis, 2010).

O conhecimento e a preparação do indivíduo também podem ser condições facilitadoras ou inibidoras das experiências de transição (Meleis, 2010). F

apresenta conhecimento relativamente à HTA, nomeadamente, a sua fisiopatologia, o tratamento e a necessidade de alteração dos estilos de vida, podemos afirmar que F já apresenta conhecimento acerca doença e daquilo que tem de mudar. Assim, o conhecimento do membro F é um fator facilitador de transição.

Relativamente aos padrões de resposta, que incluem os indicadores de processo e de resultado. Nos indicadores de processo, estes incluem o sentir-se e estar ligado, o interagir, o desenvolver confiança e *coping* (Meleis, 2010). Foram realizadas várias questões a F, como exemplo, “O que mudou até ao momento na sua vida, desde que teve o diagnóstico de HTA?”. F afirma que começou a tomar a medicação diariamente e implementou estratégias para fazer face à mudança, tais como: “Coloco a medicação na mesa da cozinha para não me esquecer”, para além disso, está consciencializado da importância de adotar um estilo de vida saudável, no entanto, ainda não o colocou em prática por falta de motivação. Assim, podemos afirmar que F já iniciou a transição, com a adesão ao regime medicamentoso, pelo que apresenta um indicador de processo de uma transição saudável.

Os indicadores de resultado permitem identificar o final do processo de transição. São estes, a mestria e a integração da identidade fluida, que são demonstrados pelo domínio de novas competências e alteração de comportamentos necessários (Meleis, 2010). Nesta transição do tipo saúde/doença de F, não foram identificados indicadores de resultado, uma vez que, F ainda não demonstra o domínio de novas competências, nem alteração dos comportamentos necessários, como mudança do padrão alimentar e de exercício, para lidar com sua nova condição de saúde, não integrando, assim, essa mudança na identidade de forma fluida.

De seguida, encontra-se um quadro resumo, Quadro 1, que apresenta as áreas consideradas prioritárias a avaliar, com os respetivos domínios, os dados colhidos, os diagnósticos e as intervenções efetuadas ao membro F.

Quadro 1 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções ao membro F da Família 1

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	H toma 1 cp de losartan 5 mg ao PA + 1 cp de tansulosina 0,4 mg ao jantar de acordo com prescrição, tem conhecimento acerca do efeito da medicação, não sabe os efeitos secundários e diz que coloca a medicação na mesa da cozinha de forma a não se esquecer de tomar. O significado atribuído ao regime medicamentoso é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso	- Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução do conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso;
Padrão alimentar	F não apresenta conhecimento acerca do regime dietético e refere que faz 4 refeições por dia (PA, almoço, lanche e jantar). Alimentação à base de estufados, alguns cozidos e fritos muito esporádico (1x/mês). Refere que costuma ingerir legumes na sopa, a qual não coloca batata. Do prato fazem parte hidratos de carbono (arroz, batata ou massa) cerca de metade do prato, porção de peixe ou de carne e salada. Ingere fruta. Alimentos ultraprocessados ingere cerca de 1x/semana. Ingere no mínimo 1,5 l de água por dia. Refere que a esposa acrescenta apenas 1 colher de sal de sobremesa na panela para duas pessoas. O significado atribuído ao regime de dietético é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime dietético	-Ensinar sobre o regime dietético (nomeadamente, a restrição no sal e de alimentos ricos em sal, como os alimentos ultraprocessados); -Ensinar sobre leitura e interpretação de decodificador de rótulos da DGS (2024); -Disponibilizar impresso com decodificador de rótulos da DGS (2024); -Analisar com F a relação entre regime dietético e os valores de PA; -Analisar com F a relação entre regime dietético e o peso corporal; -Avaliar evolução do conhecimento acerca da autogestão do regime dietético;
Padrão de exercício	F refere que habitualmente não faz exercício físico, sabe que é muito importante e tem de começar a praticar, apenas falta aquele impulso para iniciar. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Potencial para melhorar autogestão do regime de exercício	-Analisar com F a relação entre o exercício físico e os valores de PA; -Analisar com F a relação entre exercício físico e o peso corporal; -Incentivar a prática de exercício físico (aplicação da EM); -Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício;
Sistema Cardiovascular [HTA]	Até maio de 2024: valores de PAS~150-155mmHg e PAD~90-95 mmHg; 1ª consulta: PA – 135/85 mmHg; FC-80 bpm 2ª consulta: PA – 126/90 mmHg, FC-82 bpm	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;

	3ª consulta: PA – 131/89 mmHg, FC-82 bpm 4ª consulta: PA – 139/85 mmHg; FC-73 bpm 5ª consulta: PA – 129/84 mmHg; FC-88 bpm		
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 84 Kg e altura: 1,69 m; IMC=29,4 kg/m ² Perímetro abdominal: 93 cm 5ª consulta: Peso: 83,2 Kg e altura: 1,69 m; IMC=29,1 kg/m ² Perímetro abdominal: 92,5 cm	Excesso de peso	-Ensinar relação entre perda de peso e melhoria dos valores de PA; -Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal;
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e os rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e aos rastreios é não dificultador.		

Tem -se verificado um efeito significativo da utilização da EM juntamente com outras atividades, na redução da PA (Ribeiro & Figueiredo, 2023a). A implementação da EM a F teve como finalidade, aumentar a motivação intrínseca relativa a prática de exercício físico e constata-se que este se encontra na fase de preparação, uma vez que afirma “Sei que é muito importante praticar exercício físico e quero muito começar a fazê-lo”, ou seja, conseguimos perceber que F já tomou a decisão de começar a praticar exercício físico. Assim, esta EM teve como objetivos: explorar a razão de ainda não ter iniciado, ajudar F a encontrar uma estratégia de mudança aceitável, acessível e efetiva, avaliar os níveis de comprometimento do mesmo para a mudança, definir objetivos concretos e promover a fase de ação e implementação da mudança. Foram respeitados os princípios da EM de criar empatia, não foram feitos confrontos diretos, foi promovida a confiança na pessoa e foram colocadas perguntas abertas (Miller & Rollnick, 2016), tais como “O que me está a dizer é que quer começar a praticar exercício?”, “Porque razão ainda não iniciou?”, “Quando quer começar?”, “Quantas vezes por semana?” F afirma que, não iniciou por falta de motivação, mas que agora é altura certa para começar. Para isso, foi feito um planeamento da mudança através da realização de um contrato comportamental, num documento escrito, com dois comportamentos a adotar e a sua frequência. Assim, F escreveu “Até

à próxima consulta vou começar a ir caminhar com a minha esposa, duas vezes por semana e vou registar os dias que vou e a duração da nossa caminhada.”.

Na última consulta, F trouxe o documento escrito com o número de vezes que foi caminhar, sempre na companhia da esposa, e a duração da caminhada (entre 30 a 40 minutos) cumprindo o estipulado, com exceção de uma semana, em que foram caminhar apenas um dia, devido às condições climáticas nessa semana. F afirma ainda “Sinto-me grato relativamente à Sra. Enfermeira e à minha esposa, que sempre me acompanhou e incentivou em cada dia. Sinto-me melhor sabendo que comecei a mudar e já há muito tempo o ansiava”. Esta mudança comportamental é essencial para a segunda tarefa descrita por Lorig e Holman (2003), a gestão de papéis e atividades de vida, fundamental para a autogestão da HTA.

De seguida, no Quadro 2, apresentam-se as áreas consideradas prioritárias a avaliar, com os respetivos domínios, os dados colhidos, os diagnósticos e as intervenções efetuadas ao membro H.

Quadro 2 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro H da Família 1

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	H refere que toma 1 cp de lisinopril 10 mg ao PA, salazopirina 500 mg 1 cp ao PA + jantar, tem conhecimento acerca do efeito da medicação, não sabe efeitos secundários e diz que coloca a medicação numa caixa preparada e um alarme no telemóvel, de forma a lembrar-se de tomar. O significado atribuído ao regime medicamentoso é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso	- Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução do conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso;
Padrão alimentar	H confecciona as refeições e não apresenta conhecimento acerca do regime dietético. Faz 5 refeições por dia (PA, lanche, almoço, lanche e jantar). Alimentação idêntica ao do marido. O significado atribuído ao regime dietético é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime dietético	-Ensinar sobre o regime dietético (nomeadamente, a restrição no sal e de alimentos ricos em sal, como, os alimentos ultraprocessados); -Ensinar sobre leitura e interpretação de decodificador de rótulos da DGS (2024); -Disponibilizar impresso com decodificador de rótulos da DGS (2024);

			-Analisar com H a relação entre regime dietético e o peso corporal; -Avaliar evolução da autogestão do regime dietético;
Padrão de exercício	Refere que habitualmente faz caminhadas de 30 min por dia, diariamente de verão. De inverno refere que faz cerca de 3x/semana. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	1ª consulta: PA – 129/79 mmHg; FC- 90 bpm 2ª consulta: PA – 131/81 mmHg, FC- 80 bpm 3ª consulta: PA – 135/79 mmHg, FC- 79 bpm 4ª consulta: PA – 130/86 mmHg, FC- 65 bpm 5ª consulta: PA – 128/78 mmHg, FC- 70 bpm	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;
Sistema tegumentar	1ª consulta: Lesão no MIE [terço distal], com cerca de 1,5cm x 1 cm com 100% tecido granulação, sem exsudado, bordos bem definidos; 5ª consulta: Lesão no MIE [terço distal], com cerca de 1cm x 0,5 cm com 100% tecido granulação, sem exsudado, bordos bem definidos;	Úlcera venosa no MIE	-Avaliar evolução da úlcera venosa; -Executar tratamento da úlcera venosa; -Aplicar penso de ferida;
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 80 Kg e altura: 1,67 m; IMC=28,7 kg/m2 Perímetro abdominal:79 cm 5ª consulta: Peso: 79 Kg e altura: 1,67 m; IMC=28,3 kg/m2 Perímetro abdominal:78,4 cm	Excesso de peso	- Ensinar sobre relação entre a autogestão do regime dietético e de exercício e a perda de peso -Avaliar evolução do Peso, IMC e perímetro abdominal
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e os rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e aos rastreios é não dificultador.	_____	_____

Por fim, importa realçar os ganhos em saúde obtidos com a Família 1. Assim, nos cuidados prestados à família como um todo, verifica-se uma evolução positiva na área de atenção das Precauções de Segurança, com mudança do status do diagnóstico para **Precaução de Segurança demonstrada relacionada com conhecimento demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás**. Para além disso, na área de atenção da Satisfação

Conjugal, verifica-se também uma mudança do status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida relacionada com relação dinâmica não disfuncional manifestada pela satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.**

A nível individual, em ambos os membros do casal, na última consulta verificou-se uma mudança do status nos seguintes diagnósticos: **Conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso e Conhecimento acerca da autogestão do regime dietético.** No membro F verificou-se também uma mudança do status do seguinte diagnóstico: **Autogestão do regime de exercício.** No que concerne ao domínio do desenvolvimento do adulto, verifica-se uma ligeira diminuição no peso e no perímetro abdominal, entre a primeira consulta e a última, em ambos os membros, assim como, um controlo dos valores de PA. Para além disso, H apresenta uma evolução positiva na cicatrização da úlcera de perna, com redução das dimensões da mesma, entre a primeira e a última consulta. Isto permite-nos afirmar que, com a intervenção do EEECESF, ocorreram ganhos em saúde em várias áreas de atenção no âmbito da ESF, tanto na família como um todo, como em cada membro individualmente.

Família 2

A família 2 é constituída pelo casal: H, do sexo feminino, de 61 anos e I, do sexo masculino, de 70 anos, casados há 41 anos. H é operadora fabril e I encontra-se reformado, era administrativo. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O casal tem um filho, o O, de 32 anos, solteiro e encontra-se emigrado. Os pais de I já faleceram, assim como a mãe de H.

H apresenta uma relação de conflito com ambos os irmãos e o pai, por problemas familiares relacionados com as partilhas de bens. H tem como antecedentes HTA, diagnosticada há cerca de 4 meses (maio 2024) e é fumadora. O membro I tem como antecedentes CA da próstata em 2020, depressão e ex-fumador.

Foram realizadas quatro consultas na USF, com o casal, com uma duração média entre 40 a 60 minutos. Com o intuito de realizar a colheita de dados no que concerne à composição familiar, de forma a perceber a estrutura da família nuclear e extensa, foram feitas questões lineares aos elementos da família. Na Figura 4, encontra-se representado o genograma com a psicofigura de Mitchell.

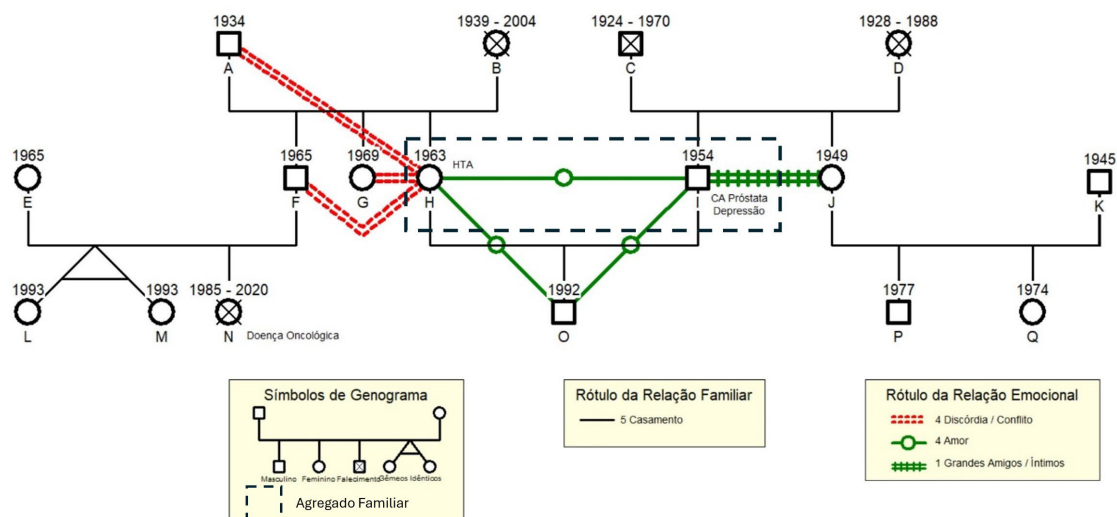


Figura 4 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 2

A Família 2 é do tipo nuclear, dado que, é constituída por uma mulher, um homem e um filho biológico (Figueiredo, 2012) e encontra-se presente o subsistema conjugal e individual. Relativamente à família extensa, ambos os membros apresentam contacto semanal e telefónico com o filho O, e semanal e presencial com o membro J. Todos estes exercem funções de companhia social, de apoio emocional, de guia cognitivo e de conselhos e de regulação social. Para além disso, apresentam um contacto quinzenal e presencial com P e Q, com a função de companhia social, de guia cognitivo e de conselhos e de regulação social.

No que concerne aos sistemas mais amplos, conforme se observa no ecomapa representado na Figura 5, o casal apresenta um vínculo intermédio, com os amigos do prédio e com os serviços de saúde: USF, e um vínculo forte, com o grupo de teatro e o coro da igreja. I apresenta, ainda, um vínculo forte com o

amigo J. e H apresenta, um vínculo intermédio, com os amigos do trabalho e, um vínculo forte, com as amigas A. e V.

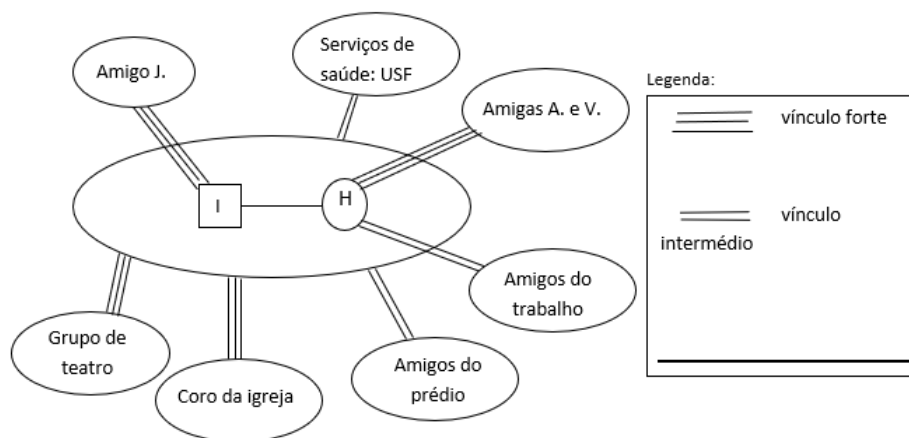


Figura 5 - Ecomapa da Família 2

Esta família situa-se na classe média baixa. Para isso, foram avaliados os vários itens da escala de Graffar adaptado com um resultado de 18 pontos: a profissão situa-se no grau quatro, assim como o grau de instrução, uma vez que, o nível de escolaridade mais elevado entre os membros é o 9º ano; a origem do rendimento familiar também corresponde ao grau quatro (remuneração igual ao salário mínimo nacional); o tipo de habitação, que se apresenta em bom estado de conservação, com os eletrodomésticos essenciais, corresponde ao grau três e o local de residência, é uma zona intermédia, que também corresponde ao grau três. Estes dois últimos dados foram obtidos através do enfermeiro cooperante, que já visitou o edifício residencial da família.

Foram avaliadas todas as áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF. No que concerne ao Rendimento Familiar desta família, apresenta-se no grau quatro, conforme já descrito acima, e quando questionados os membros da família acerca do conhecimento e capacidade de gestão do rendimento, de acordo com as despesas familiares, H afirma: “A origem do nosso rendimento familiar é o meu ordenado, que é o mínimo e a reforma dele, mas que também é pequena. Apesar disso, vamos conseguindo pagar as despesas e gerir os

gastos de acordo com os nossos rendimentos”. Tendo em consideração os dados colhidos foi identificado o diagnóstico: **Rendimento Familiar não insuficiente.**

Quanto à avaliação do Edifício Residencial apresenta-se em bom estado de conservação, com os eletrodomésticos essenciais e apresenta higiene da habitação. Perante os dados recolhidos, foi identificado o diagnóstico de **Edifício Residencial seguro e não negligenciado.**

Na área de atenção das Precauções de Segurança, foi avaliado o conhecimento do casal acerca de prevenção de quedas e constatou-se que estes apresentam conhecimento, conforme afirmações do casal, tais como, “Quando limpo o chão ninguém vai para lá antes de secar” e “Temos em consideração o calçado que compramos, principalmente, na sola se adere bem ao chão e é baixa”. “A nossa casa é o mais prática possível, sem coisas nos corredores nem tapetes...até para limpar não há coisa melhor. Só temos uma carpete debaixo da mesa da sala”. Para além disso, foram obtidos dados acerca da ausência de barreiras arquitetónicas no edifício residencial. Ainda no âmbito da área de atenção das Precauções de Segurança, foi verificada a existência de algum tipo de aquecimento, em que I refere: “o nosso aquecimento é o ar condicionado que tanto dá para o Verão como para o Inverno e só o ligamos quando estamos nas divisões”. Para além disso, foi questionado o casal acerca da existência de equipamentos a gás e I refere: “não temos gás ou equipamentos a gás em nossa casa, é tudo elétrico”. Perante os dados apresentados, foi identificado o diagnóstico de **Precaução de Segurança demonstrada.**

No que concerne à área de atenção do abastecimento de água, I afirma: “A nossa água lá em casa é da rede pública”. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Abastecimento de Água adequado.**

Na área de atenção do Animal Doméstico, foi questionado o casal acerca da presença do mesmo, em que H afirma: “Temos um gatinho que está vacinado, desparasitado não”. Seguidamente, foi avaliado o conhecimento do casal acerca da desparasitação do Animal Doméstico e H refere: “Sabemos que o

essencial é vacinar o gato, a desparasitação consideramos não ser tão necessária quanto a vacinação...por exemplo, para prevenir que fique doente”. Assim, foi identificado o diagnóstico **Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do Animal Doméstico**. Para além disso, foi avaliado o conhecimento acerca dos serviços da comunidade, em que I afirma: “o único sítio em que sabemos que é possível desparasitar é nos veterinários das clínicas”, tendo sido identificado o diagnóstico de **Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade**. Relativamente à higiene do animal, o enfermeiro cooperante afirma que este apresenta uma higiene adequada. Perante os dados apresentados, foi identificado o diagnóstico de **Animal Doméstico negligenciado relacionado com Animal não desparasitado e Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do Animal Doméstico e Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade**. Com o objetivo de o casal apresentar conhecimento acerca da desparasitação do animal doméstico e desparasitá-lo, foram implementadas as seguintes intervenções: **ensinar sobre desparasitação do animal doméstico, motivar para a desparasitação do mesmo e orientar para serviços da comunidade**. Como atividades que concretizam as intervenções, foram implementadas questões lineares, tais como, “A D. H consegue me dizer alguns riscos de ter um animal não desparasitado? E o Sr. I?”, “Sabem me dizer em que é que a desparasitação do gato pode contribuir para melhorar a saúde dele e a vossa?” e “Sabem que também é possível desparasitar o gato através dos serviços da câmara?”; e questões hipotéticas e reflexivas: “Caso fiquem doentes, acham que a não desparasitação do gato poderia ter contribuído para esse processo de doença?”. Na penúltima consulta, verificou-se que a família desparasitou o gato, uma vez que H afirma: “O gatinho já está desparasitado, acabamos por ir ao veterinário. Já chega as nossas doenças, não queríamos ter mais por contágio do nosso gato. Até achei que seria mais caro.” Portanto, houve mudança do status do diagnóstico para **Animal Doméstico não negligenciado**.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, esta família, tal como a Família 1, encontra-se na etapa do ciclo vital familiar, segundo Relvas (2006), Família

com filhos adultos em que estes já saíram de casa. Nesta dimensão, foi avaliada a área de atenção da Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas da relação dinâmica e da comunicação, dado que, a família é só constituída pelo casal H e I, e o filho de ambos já saiu de casa há cerca cinco anos.

Assim, na dimensão operativa da Satisfação Conjugal, no que respeita à satisfação com a partilha de tarefas domésticas foram utilizadas questões lineares, como: “Lá em casa, costumam dividir as tarefas domésticas?”, “Estão satisfeitos com a divisão?”, “Sempre foi assim ou houve algum momento da vossa vida em que a partilha era diferente?” e “Após o diagnóstico de HTA da D. H houve alguma alteração nessa divisão?”. H afirma “Não houve mudança desde que sou hipertensa – ele como reformado tem mais tempo livre podia fazer mais coisas em casa, mas, ainda assim, faço mais que ele, sinto que fica tudo acumulado para mim. Às vezes ando exausta. É um dos motivos das nossas discussões”. I afirma: “Eu ajudo a fazer algumas coisas, mas também não posso fazer tudo”. Assim, foi realizado o enunciado diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionado com a não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas.**

No que concerne à satisfação conjugal, no que toca ao tempo que passam juntos, foram feitas questões reflexivas, lineares e de escala, tais como, “Consideram que o tempo que passam juntos é suficiente ou gostavam de passar mais tempo juntos?”, “Ambos estão satisfeitos com o tempo que passam juntos?” e “Numa escala de 1 a 10, onde 1 significa nada satisfeitos e 10 totalmente satisfeitos, qual a pontuação que atribuem relativamente à satisfação com o tempo que passam juntos?”. H refere: “Sim temos tempo para estarmos juntos, o que me deixa satisfeita. Um 9.” e I refere: “Sim, também estou satisfeito. Atribuo um 9”. Perante os dados apresentados, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionado com a satisfação com o tempo que estão juntos.**

Relativamente à satisfação do casal, na forma como cada um expressa os sentimentos, foram realizadas questões lineares e circulares, como: “Consideram satisfatória a forma como cada um de vós se expressa, acerca do

que sente e pensa?” e “Consideram que cada um de vós valoriza o que o companheiro sente e pensa?”. I refere: “Sim, estou satisfeito com a forma como ambos demonstramos os sentimentos e tenho em consideração o que a minha esposa pensa e diz” e H afirma: “Eu também estou satisfeita e valorizo os sentimentos do meu marido.” Assim, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada com a satisfação com a forma como cada um expressa os sentimentos.**

Quanto à comunicação do casal, foi avaliado se ambos conversam acerca das expectativas e receios de cada um. Para isso foram realizadas questões lineares, circulares, reflexivas, tais como: “Quando existe alguma coisa que vos preocupa conversam sobre isso?”; “O aparecimento da HTA à D. H preocupou-vos?” “Também conversam acerca da vossa relação?”; “O Sr. I gostaria que a vossa relação fosse diferente? E a D. H?” e “conversam sobre os receios de cada um e formas de ultrapassá-los?”. H refere: “Temos à vontade e cada um de nós fala nos receios de cada um, se eles existirem e de que forma os podemos ultrapassar. O aparecimento da HTA preocupou-nos claro e falamos sobre isso, é uma doença para sempre, tenho de ter cautela... Penso que a nossa relação está bem assim”. I afirma: “Sim, se temos algum medo conversamos sobre isso, o normal. Também acho que a nossa relação está bem assim”. Perante os dados apresentados, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida manifestada com a comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um.**

No que concerne à satisfação do casal acerca do seu padrão de comunicação, foram realizadas questões lineares e de escala, como: “Sentem que na vossa relação existe espaço para o diálogo?”, “Estão satisfeitos com a forma como comunicam?” e “Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nada satisfeitos e 10 totalmente satisfeitos, que pontuação atribuem à satisfação quanto à forma como comunicam?”. H refere: “Estou satisfeita com a forma como conseguimos comunicar entre nós lá em casa, acho que um 8.” e I afirma: “Sim, também estou satisfeito como ambos comunicamos em casa e, sim, conversamos bastante. Um 9.”. Perante estes dados, foi enunciado o diagnóstico de

Satisfação Conjugal mantida manifestado pela satisfação do casal relativamente ao padrão de comunicação.

Finalmente, foi avaliada a satisfação do casal acerca do acordo entre ambos quando há discordância de opinião. Para isso foram realizadas as seguintes questões lineares e circulares: “Quando ambos tem opiniões diferentes acerca de algo, conseguem chegar a um consenso?”; “Consideram que a vossa opinião, apesar de ser diferente é respeitada pelo outro?”; “Algum de vós tem de ceder mais frequentemente, para que ambos cheguem a um acordo?”. H refere: “Às vezes não é fácil, mas conseguimos sempre chegar a acordo e respeito sempre a opinião do meu marido” e I afirma: “Sim...embora haja temas que não sejam tão fáceis, conseguimos chegar a um acordo e ainda bem! E também sempre respeitei a opinião da minha esposa. Eu por norma cedo mais fácil, mas tudo bem assim.”. Assim, foi enunciado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida relacionada pelo casal conseguir chegar a acordo quando há discordância de opinião.**

Perante os dados recolhidos foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionada com relação dinâmica disfuncional manifestada pela não satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas.**

Assim, com o objetivo de melhorar a satisfação do casal no que concerne à divisão/partilha das tarefas domésticas, foram realizadas as intervenções de: **motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas e aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas.** Para isso, como atividades que concretizam as intervenções, recorreu-se ao uso da metáfora: *Imaginem dois marinheiros num barco a remo, navegando contra a corrente. Se um deles parar de remar, o barco fica mais difícil de controlar, começa a girar no mesmo lugar ou até a ser empurrado para trás pela maré. Para que os dois marinheiros cheguem ao destino juntos, é preciso que ambos remem no mesmo ritmo, dividindo o esforço. Assim, o barco chega mais rápido e de forma mais estável.* Após uns minutos de silêncio para reflexão, foram realizadas ao casal questões lineares e reflexivas, como, “Conseguiram

perceber esta história?”, “Como se sentiram a ouvi-la?”, “Identificam-se com ela?” e “Tendo por base esta vossa reflexão que acabaram de mencionar acerca da história que contei, gostaria de vos propor que propusessem soluções de forma a melhorar a vossa satisfação na divisão das tarefas domésticas.”. H afirma: “Claro que sim, ambos os marinheiros tem de ajudar para que o barco chegue ao destino, tal como lá em casa, se todos ajudarem torna-se mais fácil, é óbvio.” e I afirma: “Ah sim...tem toda a lógica, se ambos ajudarem chegam mais depressa ao destino, quando os dois ajudam é sempre mais fácil... Proponho passar a ajudar mais a minha esposa nas coisas a fazer lá em casa...Lavar a loiça quatro vezes por semana e cozinhar ao jantar”. A metáfora foi utilizada intencionalmente de forma a influenciar os membros do casal, levando cada elemento à introspeção e reflexão sobre os objetivos que pretende atingir, neste caso, uma divisão das tarefas domésticas de forma satisfatória (Cohen, 2018; Figueiredo & Dias, 2023a). Na última consulta, a H afirma que o marido a passou ajudar mais em casa, nomeadamente, a lavar a loiça quase todos os dias e cozinhar ao jantar, afirmando: “Já fico muito mais satisfeita e feliz por ter mais ajuda”. Para além disso, I afirma: “Dei o meu melhor, acho que assim ficamos melhor.” Assim, foi mudado o status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida relacionada com relação dinâmica não disfuncional manifestada pela satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas.**

Na dimensão funcional, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa do *coping* familiar e as crenças familiares, enquanto dados avaliativos da funcionalidade familiar. Relativamente à avaliação do *coping* familiar, percebeu-se que ambos os membros do casal têm iniciativa de resolver os problemas que surgem, nomeadamente, aquando do surgimento da HTA ao membro H. I afirma: “Somos ambos...tentamos arranjar soluções os dois ao mesmo tempo. Até mesmo quando a minha esposa começou com a medicação para as tensões a ideia de meter um alarme surgiu de ambos” e H: “Concordo...acho que não há assim ninguém que se destaque”, Para além disso, ambos os membros estão satisfeitos na resolução de problemas, principalmente, no que se relaciona com o diagnóstico de HTA de H, conforme

afirmação de I: “Sim estou satisfeito com a forma como encaramos e abordamos os problemas. Com o aparecimento da HTA da minha esposa, claro que a minha alimentação também ficou mais equilibrada e saudável e isso traz benefícios também para mim” e de H: “Sim, quando todos ajudam ficamos satisfeitos. O meu marido foi essencial nestas mudanças que fiz devido à HTA, é preciso motivação e senti-me sempre apoiada”. Ambos recorrem a recursos externos para resolver os problemas, sejam amigos ou recursos da comunidade, no entanto, o surgimento da HTA a H não revelou ser necessário recorrer a recursos externos, como afirmou H: “Sim se houver necessidade recorreremos aos amigos, serviços ou alguém de referência que sabemos que vai ajudar, quando fui diagnosticada com a HTA não foi necessário pedir ajuda a ninguém, graças a Deus”. Relativamente a experiências anteriores positivas na resolução de problemas, H refere: “Sim, temos experiências boas, como na integração do meu filho na Suíça...tivemos de pedir ajuda a amigos que já lá estavam, no início. Agora como hipertensa, por agora também está a correr bem, tenho conseguido fazer as mudanças na minha vida”. Para além disso os membros foram questionados acerca do impacto que o surgimento da HTA trouxe na família e nos vários subsistemas. Ambos os membros referiram que até ao momento, não foram verificadas alterações, nomeadamente, na relação conjugal. Os membros referiram que até ao momento não houve impacto, nomeadamente, alterações nas rotinas, nos rituais familiares, nas regras, nos papéis familiares nem na relação conjugal. Perante estes dados foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar não disfuncional relacionado com coping familiar eficaz**. Ainda nesta dimensão operativa avaliou-se as crenças familiares, no que concerne às crenças de saúde, especificamente, no que se refere à HTA, H afirma: “agora com a HTA tenho de ter cuidado com a alimentação, fazer exercício, além de tomar a medicação claro...Sigo as recomendações da equipa de saúde”, relativamente às crenças religiosas e espirituais, H afirma: “Para mim é uma fonte de suporte, aliás vou todos os fins de semana à missa, andamos no coro da igreja. É essencial mesmo. Rezo a Deus para me proteger a mim e aos meus” e I refere: “Para mim também é essencial, já que acredito que Deus pode mudar o rumo das coisas, para

positivo.” Quanto às crenças culturais H afirma: “Temos algumas práticas como nas festividades, juntamos a família” e I refere: “E algumas comidas...a tradição do assado ao domingo já vem dos nossos antepassados.”. No que concerne às crenças relativas à intervenção dos profissionais de saúde, I afirma: “Para mim são muito importantes...aliás sigo as recomendações, já que a nossa saúde é que está em causa.” e H refere: “Verdade...dou muito valor, para mim as recomendações dos profissionais de saúde são essenciais”. Quanto aos valores, I refere: “Verdade, solidariedade, justiça” e H acrescenta: “Para além desses, a educação e o respeito.” Assim, constata-se que a Família 2 não apresenta crenças familiares, que possam ser dificultadoras de processos de tomada de decisão.

No que concerne à avaliação da coesão e adaptabilidade da Família 2, aplicou-se a escala de Faces II com um score de 68 pontos no item da coesão, que corresponde a uma família ligada e um score de 63 pontos no item da adaptabilidade, que corresponde a uma família muito flexível e a junção de ambos os itens corresponde ao tipo de família equilibrada. Para além disso, esta família demonstrou flexibilidade para se ajustar ao surgimento da HTA, apresenta um padrão de comunicação e o *coping* familiar eficaz, mantendo a sua estabilidade e o funcionamento neste processo de transição. Assim, podemos afirmar que a Família 2 apresentou uma boa adaptação face ao evento de *stress*, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993).

Relativamente à avaliação individual, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis, podemos verificar que H se encontra a vivenciar uma transição saúde/doença, única, com o evento crítico do aparecimento da HTA. Relativamente às propriedades da transição, verifica-se que a mesma se apresenta consciencializada face a este processo de saúde/doença, já que, percebe o que tem de mudar para estar adaptada a sua nova condição, afirmando: “Sei perfeitamente as áreas que tenho de continuar a mudar, adquirir novos hábitos. Desde o exercício, à alimentação e ao tomar corretamente a medicação...Só falta uma, a mais difícil, deixar de fumar. Já fiz muitas alterações desde que soube deste diagnóstico, entre outras, cortei completamente o sal da comida e comecei a ir caminhar todos os dias. Só

assim, terei as tensões controladas”. Para além disso, esta afirmação permite-nos afirmar que H se encontra envolvida no processo de transição.

Em relação às condições facilitadoras e inibidoras pessoais, na avaliação dos significados (Meleis, 2010), H afirma: “Tenho uma amiga próxima que por andar muito tempo com as tensões muito altas, afetou os rins de tal maneira, que neste momento, faz hemodiálise três vezes por semana. Tenho medo de que isso me possa acontecer, então sigo à regra as recomendações”, o que nos permite afirmar que, apresenta um significado facilitador neste processo adaptativo. Este tem uma influência positiva na autogestão da HTA, pois influencia a forma como a pessoa percebe e lida com a sua condição de saúde, melhorando a capacidade de decisão (Lorig & Holman, 2003). Também o estatuto socioeconómico de H não aparenta ser fator inibidor, apresentando um rendimento familiar não insuficiente, por exemplo, para a compra da medicação (Meleis, 2010).

Relativamente à avaliação do conhecimento e à preparação do indivíduo (Meleis, 2010), as afirmações anteriormente descritas, nomeadamente, consequências de uma doença mal controlada, a necessidade e a alteração dos estilos de vida, como, a alimentação e o exercício, podemos afirmar que a H apresenta conhecimento acerca doença e daquilo que tem de mudar. Para além disso, apresenta uma pessoa próxima com o mesmo diagnóstico, com atingimento de outros órgãos, por mau controlo da doença. Assim, o conhecimento e a preparação de H podem apresentar-se como condições facilitadoras desta transição.

Relativamente aos padrões de resposta, na avaliação dos indicadores de processo, H afirma que já mudou os estilos de vida, conforme referido anteriormente, exceto, o vício de fumar, pelo que podemos afirmar que apresenta indicadores de processo de forma que apresente uma transição saudável. Relativamente aos indicadores de resultado, a mestria e a integração da identidade fluida, de acordo com Meleis (2010) permitem identificar o final do processo de transição. Nesta transição do tipo saúde/doença de H, ainda não foram ainda identificados indicadores de resultado, uma vez que, ainda

não houve alteração de todos os comportamentos necessários para lidar com sua nova condição de saúde, não integrando, assim, essa mudança na identidade de forma fluida.

Seguidamente, no Quadro 3, apresentam-se as áreas consideradas prioritárias a avaliar, com os respectivos domínios, os dados colhidos, os diagnósticos e as intervenções efetuadas ao membro H.

Quadro 3 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro H da Família 2

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	Toma 1 cp de ramipril 5mg ao PA, de acordo com prescrição, tem conhecimento acerca do efeito da medicação, não sabe os efeitos secundários, armazena a medicação num local seco e fresco e diz que coloca um alarme no telemóvel para não esquecer de tomar. O significado atribuído ao regime medicamentoso é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso	- Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução do conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso;
Padrão alimentar	Faz 5 refeições por dia (PA, lanche, almoço, lanche e jantar). Alimentação à base de grelhados e cozidos. Fritos muito esporadicamente (1x/mês). Refere que costuma ingerir legumes na sopa e no prato. Do prato fazem parte hidratos de carbono (cerca de 1/3), porção de peixe ou de carne e salada ou legumes. Ingere fruta e no mínimo 1,5 l de água por dia. Refere que, desde que foi diagnosticada com HTA, não acrescenta sal à comida nem ingere alimentos ultraprocessados. O significado atribuído ao regime dietético é não dificultador.	Autogestão do regime dietético	_____
Padrão de exercício	Faz caminhadas de 30 min. todos os dias de manhã e duas vezes por semana frequenta aulas de zumba. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	Até maio de 2024: valores de PAS~140-145mmHg e PAD~85-95 mmHg; 1ª consulta: PA – 132/82 mmHg; FC-78 bpm 2ª consulta: PA – 139/75 mmHg, FC-81 bpm 3ª consulta: PA – 129/89 mmHg,	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;

	FC-80 bpm 4ª consulta: PA – 135/83 mmHg; FC-73 bpm		
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 72 Kg e altura: 1,70 m; IMC=24,9 kg/m ² Perímetro abdominal: 75 cm 4ª consulta: Peso: 71 Kg e altura: 1,70 m; IMC=24,6 kg/m ² Perímetro abdominal: 74 cm	_____	-Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal;
Comportamento aditivo	Uso do tabaco: fuma cerca de 10 cigarros por dia	Abuso de tabaco	- Avaliar evolução do abuso de tabaco; - Executar técnica de entrevista motivacional;
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e rastreios é não dificultador.	_____	_____

Ainda no âmbito da intervenção individual, foi implementada a EM ao membro H, cujo objetivo foi de aumentar a motivação intrínseca para deixar de fumar. Esta mudança comportamental é essencial para a autogestão da HTA (DGS, 2013b) e vai de encontro à segunda tarefa, a mudança de comportamentos ou nos papéis de vida significativos, do processo de autogestão, descrita por Lorig e Holman (2003). Constata-se que esta se encontra na fase de contemplação, uma vez que afirma: “Eu fumo cerca de 10 cigarros por dia, já pensei em deixar de fumar principalmente agora com o diagnóstico de hipertensão, tenho noção dos riscos e deveria deixar de fumar, mas sinto-me tão bem, é um vício difícil de deixar e sinto-me dependente do tabaco”. Assim, esta EM teve como objetivo, promover a cessação tabágica de H de forma a atingir a fase de preparação. Para isso, foi normalizado o comportamento: “Compreendo, há várias pessoas nessa situação que sentem a mesma dificuldade que refere” e feito o reforço na autoeficácia e na valorização das capacidades para alcançar a mudança. Foram, ainda, realizadas questões de forma que H tome uma decisão com base na balança decisional, tais como, “acabou de me referir que por um lado deve deixar de fumar e por outro sente-se bem quando fuma, o que acha que há de positivo e negativo relativamente a deixar de fumar?” e “Perante isto que acabou de referir, o que é mais vantajoso para si?” e utilizada a questão de escala para perceber o grau de motivação para mudar o

comportamento: “referiu agora que a melhor decisão seja deixar de fumar, refira-me numa escala de 1 a 10, em que 1 significa nada motivada e 10 totalmente motivada, o quanto motivada está para esta mudança.”. H afirma: “O que há de positivo é a melhoria da minha saúde, os valores de tensão ainda melhor controlados e deixo de ter tosse irritativa, respiro melhor. Claro que a nível financeiro também consigo poupar bastante dinheiro...De negativo é que fumar alivia um pouco o *stress* do dia a dia, dá um certo conforto emocional. Claro que o mais vantajoso é sem dúvida deixar de fumar. Um 9.” No final, foi feita uma síntese da consulta e negociada a continuação do trabalho com base na balança decisional. Devido à duração do estágio não foi possível dar continuidade de cuidados nesta área de atenção, sendo que o enfermeiro cooperante dará continuidade.

Seguidamente, no Quadro 4, apresentam-se as áreas consideradas prioritárias a avaliar, com os respetivos domínios, os dados colhidos, os diagnósticos e as intervenções efetuadas ao membro I.

Quadro 4 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro I da Família 2

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	Toma 1 cp de duloxetina 30 mg ao almoço de acordo com prescrição, tem conhecimento acerca do efeito da medicação, sabe alguns efeitos secundários, armazena num local seco e fresco e diz que coloca um alarme no telemóvel, tal como a esposa, para não esquecer de tomar. O significado atribuído ao regime medicamentoso é não dificultador.	_____	_____
Padrão alimentar	Descrição do regime dietético igual ao membro H. O significado atribuído ao regime dietético é não dificultador.	Autogestão do regime dietético.	_____
Padrão de exercício	Faz caminhadas de 30 min. todos os dias de manhã. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício.	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	1ª consulta: PA – 128/79 mmHg; FC-72 bpm 4ª consulta: PA – 130/65 mmHg; FC-80 bpm	_____	- Avaliar evolução da PA e FC;

Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 74 Kg e altura: 1,75 m; IMC=24,0 kg/m ² Perímetro abdominal: 76 cm		- Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e rastreios é não dificultador.		

Finalmente, importa realçar os ganhos em saúde obtidos com a Família 2. Nos cuidados prestados à família como um todo, verifica-se uma evolução positiva na área de atenção do Animal Doméstico, com mudança do status do diagnóstico para **Animal Doméstico não negligenciado**. Para além disso, na área de atenção da Satisfação Conjugal, verifica-se também uma mudança do status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida relacionada com relação dinâmica não disfuncional manifestada pela satisfação do casal com divisão/partilha das tarefas domésticas**.

A nível individual, em ambos os membros, relativamente ao domínio da autogestão do regime medicamentoso verificou-se uma mudança do status do diagnóstico para **Conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso**. No que concerne ao domínio do desenvolvimento do adulto, no membro H, verificou-se uma ligeira diminuição no peso e no perímetro abdominal, entre a primeira consulta e a última, assim como, um controlo dos valores de PA. Relativamente à intervenção da EM, no que concerne ao uso de tabaco foi possível o membro H reconhecer que a melhor decisão será deixar de fumar. Assim, com a intervenção do EEECESF, ocorreram ganhos em saúde em várias áreas de atenção no âmbito da ESF, tanto na família como um todo, como em cada membro individualmente.

4.1.3. Avaliação dos ganhos em saúde

O EEECESF concretiza a monitorização e a avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem, segundo o Regulamento 428/2018 da OE. Tendo em conta esta unidade de competência e com vista a sumarizar todo o processo de avaliação, intervenção e respetivos ganhos em saúde, nas famílias alvo de cuidados, foi desenvolvido o presente capítulo. Considerando a matriz operativa do MDAIF, todas as famílias foram avaliadas nas diferentes

dimensões, especificamente, na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional. No Quadro 5, encontram-se os resultados das taxas de avaliação relativamente à composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social e das taxas de avaliação e dos ganhos em saúde da dimensão estrutural do MDAIF.

Quadro 5 - Resultados das taxas de avaliação relativamente à composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social e das taxas de avaliação e dos ganhos em saúde da dimensão estrutural do MDAIF.

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados (%)
Composição familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na composição familiar /Nº total de famílias X 100	100,0
Tipo de família	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas no tipo de família /Nº total de famílias X 100	100,0
Família extensa	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em família extensa /Nº total de famílias X 100	100,0
Sistemas mais amplos	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos /Nº total de famílias X 100	100,0
Classe social	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em classe social /Nº total de famílias X 100	100,0
Dimensão estrutural	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na dimensão estrutural /Nº total de famílias X 100	100,0
Rendimento Familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Rendimento Familiar insuficiente /Nº total de famílias X 100	0,0
Edifício Residencial	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial /Nº total de famílias X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Edifício Residencial não seguro/Nº total de famílias X 100	0,0
Precaução de Segurança	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada /Nº total de famílias X 100	25,0
	Modificação positiva do status do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Precauções de Segurança/ Nº. de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100	100,0
Abastecimento de Água	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água/Nº total de famílias X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Abastecimento de Água não seguro/Nº total de famílias X 100	0,0
Animal Doméstico	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100	100,0

	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Animal Doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100	25,0
	Modificação positiva no status do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal Doméstico/Nº total de famílias com Animal Doméstico negligenciado x 100	100,0

Perante os dados apresentados, todas as famílias foram avaliadas relativamente à composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social e dimensão estrutural do MDAIF, perfazendo uma taxa de avaliação de 100,0%. Nas áreas de atenção do Rendimento Familiar, do Edifício Residencial e do Abastecimento de Água não se verificou necessidade de intervenção em nenhuma delas. A área de atenção do Animal Doméstico, foi avaliada somente nas famílias que o apresentavam, e uma das famílias apresentava o diagnóstico de Animal Doméstico negligenciado. Após as intervenções verificou-se uma modificação positiva no estado do diagnóstico. Na área de atenção das Precauções de Segurança, foram avaliadas todas as famílias, sendo que numa delas foi identificado o diagnóstico de Precaução de Segurança não demonstrado relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre a utilização de equipamento a gás. Após a implementação de intervenções, também houve modificação positiva no status deste diagnóstico.

No que concerne à dimensão do desenvolvimento, no Quadro 6, encontram-se descritos os resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde.

Quadro 6 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde relativamente à dimensão de desenvolvimento do MDAIF

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados (%)
Dimensão de desenvolvimento	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento /Nº total de famílias X 100	100,0
Satisfação Conjugal	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal não mantida /Nº total de famílias com	75,0

		subsistema conjugal X 100	
	Modificação positiva do status do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal não mantida x 100	100,0
Satisfação Conjugal – Relação Dinâmica	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Relação Dinâmica/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	50,0
	Modificação positiva do status do diagnóstico	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional X 100	100,0
Satisfação Conjugal – Comunicação	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Comunicação/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº de famílias com comunicação não eficaz/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	25,0
	Modificação positiva do status do diagnóstico	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz X 100	100,0
Satisfação Conjugal – Interação Sexual	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Interação Sexual/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0,0
Satisfação Conjugal – Função Sexual	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Função Sexual/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0,0
Planeamento Familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas em Planeamento Familiar/ Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100	100,0
	Taxa de prevalência	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	0,0
Papel Parental	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas em Papel Parental / Nº total de famílias com subsistema parental X 100	100,0
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Papel Parental não adequado/ Nº total de famílias com subsistema parental X 100	0,0

Conforme se constata no Quadro 6, todas as famílias foram avaliadas na dimensão de desenvolvimento, perfazendo assim uma taxa de avaliação de 100,0%, assim como, todas as famílias foram avaliadas na área de atenção da

Satisfação Conjugal, o que determina uma taxa de avaliação de 100,0%. Numa delas foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida relacionada com relação dinâmica disfuncional manifestada pela não satisfação do casal sobre a divisão das tarefas domésticas. Verificou-se uma mudança positiva no status do diagnóstico após implementação de intervenções. Noutra família, foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida relacionada com relação dinâmica disfuncional manifestada pela não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. Após implementação das intervenções verificou-se uma mudança positiva no status do diagnóstico. Noutra família, foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida manifestada com a não comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um, verificando-se também uma mudança positiva no status do diagnóstico com as intervenções efetuadas.

Relativamente à dimensão funcional do MDAIF, no Quadro 7, encontram-se igualmente, os resultados das taxas de avaliação, de prevalência e os ganhos em saúde.

Quadro 7 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde relativamente à dimensão funcional do MDAIF

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados (%)
Dimensão funcional	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas na dimensão funcional} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias} \times 100$	100,0
Processo familiar – <i>coping</i> familiar	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em } \textit{coping} \text{ familiar} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias} \times 100$	100,0
	Taxa de prevalência	$\text{N}^\circ \text{ de famílias com } \textit{coping} \text{ familiar não eficaz} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias} \times 100$	0,0
Crenças familiares	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em crenças familiares} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias} \times 100$	100,0
	Taxa de prevalência	$\text{N}^\circ \text{ de famílias com crenças familiares dificultadoras} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias} \times 100$	0,0

Assim, verificamos que todas as famílias foram avaliadas no âmbito da dimensão funcional, nas áreas de atenção do *coping* familiar e das crenças familiares, perfazendo uma taxa de avaliação de 100,0%. Em nenhuma das famílias houve necessidade de intervenção neste âmbito.

A área de atenção do Papel Prestador de Cuidados não foi avaliada em nenhuma família, dado que não apresentarem pessoas dependentes.

No que concerne à avaliação individual foi avaliada a autogestão o regime medicamentoso, o padrão alimentar e de exercício em 100,0% dos indivíduos presentes nas consultas e que necessitavam da sua avaliação. Verificou-se o diagnóstico de Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso em quatro indivíduos (50,0%) e após intervenção, houve uma mudança positiva do status do diagnóstico em 100,0% dos indivíduos intervencionados. Identificou-se também o diagnóstico de Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime dietético em quatro indivíduos (50,0%) e após intervenção, houve uma mudança positiva do status do diagnóstico em todos (100,0%) os indivíduos intervencionados. Finalmente, identificou-se o diagnóstico de Potencial para melhorar autogestão do regime de exercício num indivíduo (12,5%) e após intervenção, também houve uma mudança positiva do status do diagnóstico.

Em suma, a utilização do MDAIF e da Teoria das Transições, no contexto da prática revelou-se ser uma mais-valia, com uma influência positiva, relativamente, à forma como as famílias e os seus membros, são avaliados e intervencionados. Os ganhos em saúde obtidos traduzem a eficácia das intervenções em ESF, possibilitando, deste modo, o desenvolvimento da competência do EEECESF “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº428/2018, p. 19357).

4.2. Liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

A liderança por parte dos enfermeiros é essencial para a prestação de cuidados de saúde eficazes, influenciando diretamente e de forma significativa a qualidade dos cuidados (Fradique, 2012; ICN, 2022). No desenvolvimento da competência de liderança e colaboração em processos de intervenção na área de ESF o EEECESF “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento nº428/2018, p. 19358). Neste

regulamento estão descritas as seguintes unidades de competência: articula com equipas de saúde e mobiliza os recursos necessários para prestar cuidados às famílias, e gere o sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção. Neste capítulo serão descritas as várias atividades desenvolvidas com base em cada unidade de competência, ao longo do Estágio de Natureza Profissional - módulo II.

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

A avaliação sistémica da família pressupõe uma abordagem multidimensional no âmbito dos CSP, dado que, neste contexto, a prestação de cuidados se apresenta como um local privilegiado para o trabalho interdisciplinar (Monteiro et al., 2021). Este implica a comunicação entre os vários membros da equipa multidisciplinar, como ponto chave para a identificação dos problemas e das soluções para os mesmos (Monteiro et al., 2021). A abordagem multidisciplinar e interdisciplinar permite reduzir a fragmentação do conhecimento numa determinada área, particularmente revelante na área da saúde que, ao integrar diversos profissionais com conhecimento especializado, potencia a qualidade dos cuidados prestados às famílias e seus membros, no que concerne à sua capacitação (Cordeiro et al., 2021; Monteiro et al., 2021). Esta abordagem, que relaciona várias disciplinas do conhecimento, permite a deteção de fatores que ainda não tinham sido explorados (sociais e económicos) e que podem condicionar a saúde da família e dos seus membros (Neves, 2012). Para além disso, a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar é um pilar para a investigação e para a integração de serviços da saúde e sociais (Velikonja, 2020).

O EEECESF desempenha um papel central na interdisciplinaridade através da sua coordenação entre o cliente de cuidados, seja a família ou o indivíduo, e a equipa multidisciplinar, com vista à realização de uma prestação de cuidados de forma holística e que permita a otimização dos resultados em saúde, isto é, a maximização dos ganhos em saúde (Cordeiro et al., 2021; Schlunegger et al., 2022).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II foi transversal a articulação entre os diferentes profissionais que fazem parte da equipa da USF, especificamente, os enfermeiros, os médicos e os secretários clínicos. A prestação de cuidados às famílias só foi possível através da articulação de todos os grupos profissionais que fazem parte da USF, tendo sido promovida a colaboração interdisciplinar entre as várias equipas.

A referenciação para outros grupos profissionais diferenciados que constituem as unidades, como as UCC e as URAP, faz parte das competências do EEECESF, se as necessidades das famílias ou dos indivíduos assim o justifiquem. Durante a prestação de cuidados não houve necessidade de referenciar as famílias ou os indivíduos para essas unidades funcionais. Relativamente aos recursos da comunidade, a Família 2 foi orientada para os serviços veterinários municipais para proceder à desparasitação do animal doméstico.

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

A formação e o desenvolvimento profissional são áreas cruciais para a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional e, dessa forma, contribuem para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015). A formação é um investimento feito por parte das organizações, com custos associados e que se traduz na satisfação dos profissionais e no melhor desempenho das instituições (Correia, 2020). Esta é essencial numa organização, sendo uma ferramenta fundamental e que proporciona uma qualidade superior do serviço prestado, uma redução dos custos e uma maior produtividade (Correia, 2020; Gandra & Saraiva, 2021; Relvas, 2018).

A formação em serviço é um dos possíveis tipos de formação e apresenta-se como um dos principais meios para o desenvolvimento de competências, destacando-se pela sua ocorrência, em simultâneo, com o exercício de prática profissional, com impacto positivo na resolução de problemas (Dias, 2004; Marques, 2021). Este tipo de formação pode provocar mudanças

comportamentais relevantes, uma vez que, acontece um confronto e reflexão entre a teoria e a prática, nomeadamente para os profissionais de enfermagem (Marques, 2021).

Tendo em consideração a relevância descrita na literatura acerca da temática e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF, foi desenvolvido um processo formativo na USF de forma a liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da ESF. Chiavenato (2014) refere que para a realização de um processo formativo é necessário um plano de formação constituído por quatro fases essenciais: a identificação e o diagnóstico das necessidades, o planeamento, a implementação e, por fim, a avaliação da formação (Chiavenato, 2014; Correia, 2020).

A primeira fase do processo formativo, a identificação e o diagnóstico das necessidades formativas, é uma fase essencial, dado que são identificadas as verdadeiras necessidades da organização e dos seus profissionais, que vão permitir a realização de um plano formativo com eficiência e eficácia (Correia, 2020). Nesta fase, é feito um processo de seleção das necessidades, tendo em conta os objetivos da organização e dos seus colaboradores, contribuindo assim, para o desempenho profissional dos trabalhadores e organizacional da instituição (Correia, 2020). Deve-se ter em atenção fatores internos da organização, de forma que a formação tenha um real impacto e para se preverem e gerirem possíveis imprevistos (Correia, 2020).

O processo formativo desenvolvido na USF iniciou-se com a identificação e respetiva análise das necessidades formativas, aos elementos da equipa de enfermagem, a exercer funções. Esta etapa iniciou-se através da análise de processos individuais no *SClínico*® e do preenchimento de um questionário de avaliação das necessidades pelos membros da equipa, conforme Anexo V. A análise dos processos individuais no *SClínico*® iniciou-se no Estágio de Natureza Profissional Módulo I, aquando da caracterização das 60 famílias da lista do enfermeiro cooperante e respetiva análise da documentação dos cuidados prestados a essas famílias no *SClínico*®. Esta, revelou que nenhuma apresentava registos na avaliação inicial, no processo familiar e no programa

Saúde da Família. Para além disso, no início do Estágio de Natureza Profissional Módulo II foi realizada uma análise a 28 processos individuais, selecionados aleatoriamente, da lista dos vários enfermeiros da equipa a exercer funções, que revelaram a ausência de documentação anteriormente descrita. O questionário de avaliação teve como objetivo: identificar necessidades e conhecimentos relativamente ao potencial do *SClínico*® para documentar os cuidados às famílias com base no MDAIF. O questionário é composto por duas partes, na primeira parte apresenta questões relacionadas com dados pessoais e profissionais da equipa de enfermagem, para a sua caracterização sociodemográfica e a segunda parte é composta por questões relacionadas com a documentação no *SClínico*® com base no MDAIF.

Os resultados do questionário foram analisados (Anexo VI) e constata-se que dos sete enfermeiros a exercer funções, 85,7% (6) apresenta entre 40 e 50 anos de idade com uma média e desvio padrão de $46,9 \pm 5,3$ anos, 71,4% (5) pertencem ao sexo feminino, 85,7% (6) apresentam como grau académico a licenciatura, 57,1% (4) são enfermeiros especialistas, 28,6% (2) são enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, 14,2% (1) é enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 14,2% (1) é enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Relativamente à experiência, 57,1% (4) apresentam entre 15 e 20 anos de experiência profissional na área da ESF. Para além disso, 57,1% (4) nunca teve formação no âmbito da ESF, os que tiveram formação neste âmbito, 42,9% (3) foi como autoformação ou formação académica. Na análise dos conhecimentos acerca da documentação em ESF no *SClínico*®, todos os enfermeiros conseguiram definir o conceito de “saúde familiar”, 85,7% (6) dão muita importância à documentação dos cuidados de enfermagem à família e 57,1% (4) conhecem o Programa Saúde da Família no *SClínico*®. Vieira (2018) vem corroborar estes dados, uma vez que, no seu estudo os enfermeiros atribuem muita relevância à documentação dos cuidados. No entanto, nenhum enfermeiro faz registo neste programa por falta de tempo ou por não saber utilizá-lo e todos manifestaram vontade de ter formação acerca do mesmo. A literatura científica tem vindo a apresentar algumas dificuldades percebidas pelos enfermeiros na

documentação dos cuidados prestados, apontando como principais dificuldades na documentação dos enfermeiros: a falta de tempo num sistema informático complexo e pouco intuitivo, a informação encontrar-se dispersa no sistema e a falta de conhecimento dos enfermeiros acerca do modo como documentar os cuidados que prestam (Bjerkan et al., 2021; França et al., 2022; Huitzi-Egilegor et al., 2018; Vieira, 2018). Relativamente às vantagens de fazer o registo no Programa Saúde da Família mencionam, entre outras, um melhor conhecimento das famílias, garantir a continuidade de cuidados e avaliação das necessidades, para planear intervenções e avaliar resultados. A falta de tempo foi apontada como a principal dificuldade na avaliação e intervenção da família e na documentação dos cuidados prestados no *SClínico®*. Contudo, todos se sentem capazes de prestar cuidados à família, uma vez que, numa escala de “1” a “10”, atribuem uma pontuação entre “7” e “9”. Constatou-se que 71,4% (4) dos enfermeiros não conhece o MDAIF e dos que conhecem, 28,6% (3), responderam acertadamente a 71,4% (5) das questões acerca do mesmo. Por fim, todos consideram importante aprofundar conhecimento acerca do MDAIF.

A segunda fase do processo formativo refere-se ao planeamento da formação, que é composta por uma ou mais ações de formação, cada uma com várias atividades com o intuito de alcançar os objetivos definidos. Deve conter informação sobre o conteúdo programado, os objetivos, a duração, o local, os participantes, os custos associados à formação e a sua avaliação (Correia, 2020; Gandra & Saraiva, 2021; Relvas, 2018). Gandra e Saraiva (2021) referem ainda que deve conter informação acerca do número de sessões, os métodos e técnicas a utilizar e o nível de avaliação. De destacar a relevância na definição dos objetivos com base nas necessidades, permitindo perceber no final se os formandos compreenderam os conteúdos e atingiram ou não os objetivos definidos (Correia, 2020). O principal objetivo do plano de formação é melhorar o desempenho do trabalhador tendo em consideração os objetivos da organização, permitindo a melhoria da qualidade (Correia, 2020; Relvas, 2018).

Tendo em conta a análise de dados e identificação das necessidades foi elaborado um plano de formação (Anexo VII) com o respetivo enquadramento

teórico, que apresenta as necessidades formativas identificadas, os objetivos gerais e específicos e a finalidade do plano formativo. Para além disso, este inclui informação acerca da identificação do formador e do público-alvo. Definiu-se juntamente com a equipa de enfermagem da USF, tendo em conta o limite temporal do estágio, realizar uma sessão de formação e sessões de *coaching* individual, com as atividades e os conteúdos que constam no plano formativo. Apresenta ainda informação acerca do dia, hora e duração da sessão formativa e acerca do intervalo de tempo, com a data de início e fim das sessões de *coaching* individual. O *coaching* pode ser considerada uma prática organizacional para o desenvolvimento da liderança, que facilita a aprendizagem e a mudança de comportamento, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades e competências dos membros da organização (Pereira, 2020; Rosa, 2018). Apresenta um impacto positivo no âmbito das competências pessoais, com melhoria nos resultados individuais dos trabalhadores, especificamente, em processos de aprendizagem e no desenvolvimento da organização (Pereira, 2020; Rosa, 2018). Finalmente, o plano formativo apresenta a metodologia e os recursos utilizados na sessão formativa e nas sessões de *coaching* individual. Ainda nesta etapa, foi realizado um cronograma das atividades do plano formativo ao longo das semanas do estágio (Anexo VII). Em paralelo com este, nesta fase, foi também desenvolvido um plano da sessão formativa (Anexo VIII) com o nome do formador, a data, a duração, o tema e os participantes. Apresenta ainda os objetivos gerais e específicos da sessão de formação, os vários momentos da sessão (introdução, desenvolvimento e conclusão), o conteúdo programático, os métodos/técnicas e recursos utilizados e a avaliação para cada momento atrás referido.

A terceira fase do processo formativo, a implementação da formação, consiste na realização das ações de formação previstas no planeamento (Correia, 2020). Assim, foi implementado o plano previamente estabelecido com a apresentação da ação de formação com o título: “Documentação em Enfermagem de Saúde Familiar”, conforme Anexo IX, onde estiveram presentes todos os elementos da equipa de enfermagem. Para além disso,

desde a realização da ação de formação até final do estágio, foram realizadas as sessões de acompanhamento individual na documentação dos cuidados de enfermagem, no *SClínico®*, mediante disponibilidades dos enfermeiros. Há vários fatores que influenciam o sucesso das ações de formação e foram tidos em consideração: o ajuste da ação de formação às necessidades da organização, a qualidade dos materiais usados que devem ser adequados às características dos formandos, a qualidade dos formadores e a motivação dos formandos (Correia, 2020; Gomes et al., 2008).

A quarta e última fase do processo formativo, a avaliação da formação, consiste em verificar se os objetivos propostos inicialmente foram atingidos. É uma das etapas mais importantes da ação de formação já que permite identificar pontos fracos e fortes e o impacto que a mesma teve na melhoria do desempenho dos trabalhadores (Correia, 2020; Relvas, 2018).

A avaliação de uma formação é um procedimento complexo e passa pela avaliação dos efeitos da mesma, isto é, a avaliação da sua eficácia. Esta avaliação é crucial dado que permite demonstrar o seu impacto na organização (Gandra & Saraiva, 2021; Kirkpatrick, 1979, 2024). Kirkpatrick explica os motivos pelos quais se deve fazer uma avaliação da formação: pertinência de continuar ou não aquele plano formativo, a melhoria desse plano, a análise da eficácia da formação, assegurar que a formação vai de encontro às expectativas na organização e para mostrar, o contributo e valor daquela formação, na aprendizagem e na mudança de comportamentos (Baraças, 2017; Gandra & Saraiva, 2021; Kirkpatrick 1979, 2024).

Gandra e Saraiva (2021) referem que o modelo de Kirkpatrick é o mais usado na avaliação da formação e consiste na avaliação em quatro níveis distintos. O nível um está relacionado com a satisfação dos formandos relativamente à ação de formação, estes dão o seu *feedback* com sugestões, que contribuem para a melhoria das próximas formações (Gandra & Saraiva, 2021; Kirkpatrick, 1979, 2024). Assim, no final da ação de formação realizada na USF, foram aplicados questionários aos formandos para avaliação deste nível (Anexo X). O questionário contemplava questões relacionadas com o conteúdo da formação

e os métodos utilizados, com o desempenho da formadora, com a estrutura física do local e uma avaliação global da formação, com possibilidades de melhoria. Apresenta cinco opções de resposta, de “1” a “5” onde “1” significa nada satisfeito e “5” significa muito satisfeito. Posteriormente, feita uma análise a estes questionários, conforme Anexo XI, verificou-se que em 96.7% das respostas atribuíram uma classificação de 5 e as restantes respostas (3.3%) uma classificação de 4, o que demonstra um elevado grau de satisfação com a sessão de formação em causa. Não houve sugestões de melhoria. A avaliação global da formação foi positiva, no entanto, estes resultados não permitem afirmar a aprendizagem do formando, pelo que de seguida é necessária uma avaliação dos conhecimentos dos mesmos (Kirkpatrick, 1979, 2024).

O nível dois tem a ver com a aprendizagem dos formandos, quando há um aumento de conhecimento, de capacidades ou a alteração de atitudes (Baraças, 2017; Gandra & Saraiva, 2021; Kirkpatrick, 1979, 2024). Por norma, utiliza-se o mesmo instrumento de avaliação em dois momentos diferentes, um antes da formação e o outro após a formação, confirmando que a aprendizagem ocorreu no momento da ação de formação (Baraças, 2017; Duke, 2017). Na sessão de formação desenvolvida, foram aplicadas as mesmas questões do questionário usado para o diagnóstico de avaliação das necessidades formativas, quatro semanas após a apresentação da ação de formação, com o intuito de analisar a evolução dos conhecimentos dos formandos face à sessão de formação apresentada. Após uma análise dos resultados, conforme Quadro 8, constata-se que todos os formandos conhecem o MDAIF e o Programa Saúde da Família e 42,9% (3) afirma já fazer registos no mesmo. Para além disso, todos os formandos responderam acertadamente à definição de saúde familiar e às questões de Verdadeiro/Falso acerca do MDAIF. Consideram muito importante a documentação dos cuidados de enfermagem à família, sentem-se capazes de prestar cuidados de enfermagem à família, sendo que 57,1% (4) atribuiu um “9”, seguido de 28,6% (2) que atribuiu um “8” e 14,3% (1) atribuiu um “7” numa escala de “1” a “10”. Desta forma, verificou-se uma evolução positiva nos formandos, relativamente aos conhecimentos acerca da matriz operativa do MDAIF e acerca da

documentação dos cuidados de enfermagem na área de ESF, no Programa Saúde da Família no *SClínico*®.

Quadro 8 - Resultados pré e pós sessão formativa

Questão	Resultados pré sessão formativa	Resultados pós sessão formativa
Definição de saúde familiar	Certo: 100.0% Errado: 0,0%	Certo: 100.0% Errado: 0,0%
Importância da documentação dos cuidados para os enfermeiros	Muito importante: 85.7% Importante: 14.3%	Muito importante: 100.0% Pouco importante/Importante: 0,0%
Conhecimento do Programa Saúde da Família no <i>SClínico</i> ®	Sim: 57.1% Não: 42.9%	Sim: 100.0% Não: 0,0%
Enfermeiros que fazem registos no Programa Saúde da Família	Faz: 0,0% Não faz: 100.0%	Faz: 57.1% Não faz: 42.9%
Motivos para não realizar registos no Programa Saúde da Família	Falta de tempo: 50.0% Não sabe utilizar: 50.0%	Falta de tempo: 100.0% Não sabe utilizar: 0,0%
Enfermeiros que querem ter formação acerca do Programa Saúde da Família	Sim: 100.0% Não: 0,0%	Sim: 100.0% Não: 0,0%
Vantagens de documentar os cuidados de enfermagem no âmbito do Programa Saúde da Família	Continuidade de cuidados; Melhor conhecimento das famílias; Melhor planeamento de intervenções e avaliação dos resultados	Continuidade de cuidados; Melhor conhecimento das famílias; Melhor planeamento de intervenções e avaliação dos resultados; Intervenções à família e a cada elemento;
Principais dificuldades percebidas na avaliação e intervenção da família enquanto cliente	Falta de tempo; Falta de colaboração das famílias; Baixa disponibilidade e interesse das famílias	Falta de tempo; Falta de colaboração das famílias; Baixa disponibilidade das famílias;
Classificação numa escala de 1 a 10 sobre a capacidade para prestar cuidados à família enquanto cliente	Média: 8.0	Média: 8.4
Enfermeiros que conhecem o MDAIF	Sim: 28.6% Não: 71.4%	Sim: 100.0% Não: 0,0%
Conhecimento acerca do MDAIF	Respostas corretas: 71.4% Respostas erradas: 28.6%	Respostas corretas: 100,0% Respostas erradas: 0,0%
Enfermeiros que consideram relevante aprofundar os conhecimentos acerca da documentação dos cuidados no <i>SClínico</i> ® e acerca do MDAIF	Sim: 100.0% Não: 0,0%	Sim: 100.0% Não: 0,0%

O nível três tem a ver com o comportamento, a mudança que ocorreu no comportamento dos formandos após a formação. Neste nível, verifica-se se os conhecimentos e as capacidades adquiridas na formação estão a ser postos em prática, seja através de entrevistas, observação direta, entre outros (Baraças, 2017; Gandra & Saraiva, 2021; Kirkpatrick, 1979, 2024). Neste processo formativo, cerca de oito semanas após a ação de formação foi realizada uma análise de quatro processos individuais, de cada enfermeiro presente na ação de formação, selecionados aleatoriamente, mas com a condição da intervenção nas famílias ter sido realizada após a data de formação. Esta análise revelou que dos 28 processos analisados, 21,4% (6) tinham pelo menos um registo na avaliação inicial, no processo familiar ou no Programa Saúde da Família. Assim, verificou-se uma evolução positiva na documentação dos cuidados prestados às famílias, comparativamente à fase inicial, onde se constatou ausência da mesma.

O nível quatro está relacionado com os resultados, é nesta etapa que se avalia os resultados obtidos com a formação, tendo em consideração as metas e os objetivos da organização (Baraças, 2017; Gandra & Saraiva, 2021). O impacto da ação de formação realizada poderia ser avaliado através de indicadores específicos no âmbito da ESF que traduzissem os respetivos ganhos em saúde, no entanto, nenhum indicador contratualizado na USF é nesse âmbito. Importa referir que a governação clínica que surgiu na reforma dos CSP em Portugal é o processo através do qual as organizações são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, através de sistemas de intervenção eficazes para melhorar o funcionamento dos serviços e orientado para a obtenção de ganhos em saúde (Tolentino, 2020). A contratualização de indicadores nos CSP, nomeadamente, nas USF's traduz-se numa ferramenta de governação clínica para a melhoria contínua da qualidade (SNS, 2024b). Assim, é necessária a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de ESF, baseados no referencial teórico e operativo preconizado pela OE, para que se consigam avaliar os resultados dos cuidados específicos no âmbito da ESF, de os tornar visíveis e, assim, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em suma, não foi possível avaliação do nível quatro, no entanto, a ação de formação e as sessões de *coaching* apresentaram-se como uma mais-valia, uma vez que se traduziu numa mudança de comportamentos da equipa de enfermagem da USF.

Ainda nesta unidade de competência destaca-se a documentação dos cuidados, no Sistema de Informação (SI) disponível, o *SClínico®*. Os SI são uma mais-valia na sistematização da informação e são compostos por diversos elementos interligados que possibilitam os processos de comunicação através da colheita de dados, do processamento, da análise, do armazenamento e da transmissão de informações, com proteção dos dados mais sensíveis (Nascimento et al., 2021). Na área da saúde, os SI assumem um papel particularmente importante, enquanto ferramenta de trabalho e de avaliação da qualidade que garante a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos profissionais e dos utentes (Fernandes & Tareco, 2016; Ministério da Saúde, s.d.; Nascimento et al., 2021). Para além disso promovem a partilha de informações, fomentam a inovação e impulsionam melhorias, com o objetivo de alcançar a excelência nos cuidados prestados, contribuindo para um aumento da qualidade e a segurança dos mesmos (Santos, 2019).

No âmbito da enfermagem, a qualidade e a excelência dos cuidados prestados pode ser analisada através da monitorização dos indicadores que foram criados com o intuito de extrair dados dos SI que possibilitem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, contribuindo assim, para o aumento da visibilidade da prática de enfermagem, para a valorização da profissão e para monitorizar as atividades desenvolvidas (Nascimento et al., 2021). Ao longo dos estágios, através da prestação de cuidados às famílias e seus membros, as várias etapas do processo de enfermagem, desde a colheita de dados, a formulação dos diagnósticos, a implementação das intervenções e a avaliação dos resultados, em colaboração com o enfermeiro cooperante, ficaram documentadas no sistema informático *SClínico®*, que é o SI que atualmente está em vigor nas USF. Este processo permite a continuidade de cuidados e a consulta da informação, entre os membros da equipa de saúde familiar e de outras instituições de saúde (como hospitais públicos ou outras

USF's) (Ribeiro, 2021). Para além disso, é considerada uma fonte de investigação e uma prova legal (Brooks, 2021; Ribeiro, 2021). No entanto, aquando desse registo foram detetadas dificuldades neste SI, nomeadamente, registos dispersos em todo o sistema, desde a avaliação inicial, ao processo familiar e ao Programa de Saúde da Família. Outra dificuldade identificada neste SI foi a documentação registada nos processos familiares não migrar para os processos individuais, o que acarreta aos enfermeiros uma duplicação dos registos com dispêndio de tempo e risco de haver perda de informação. Para além disso, o Programa de Saúde da Família não dispõe de todas as áreas de atenção relevantes para avaliação familiar e também não apresenta sugestão de intervenções, perante os dados recolhidos e respetivos diagnósticos identificados. Assim, foi constatada a necessidade de acrescentar a parametrização de intervenções relacionada com a atividade diagnóstica, uma vez que, assim será possível obter mais indicadores, maior visibilidade dos cuidados e mais ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de ESF. Seria interessante colaborar no âmbito da parametrização das intervenções no *SClínico*®, no entanto, dada a duração do estágio esta não foi definida, juntamente com a equipa da USF, como uma área prioritária a intervir. Assim, procurou-se promover uma cultura organizacional, no âmbito da formação e da prática na USF, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade na prática.

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como objetivo fazer uma análise crítico-reflexiva das atividades e aprendizagens desenvolvidas e das competências adquiridas, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - módulo I e II, no que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista conforme Regulamento nº140/2019 e às competências específicas do EEECESF, conforme Regulamento nº428/2018.

Segundo a definição da OE (2017, p.2), a competência define-se como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”. Para Benner (2001) a competência pode-se definir como a capacidade de desempenho de uma tarefa ou função, com um resultado desejável, nos diferentes contextos. O modelo de aquisição de competências desenvolvido pela mesma autora refere que, o conhecimento prático e a experiência profissional são desenvolvidos ao longo do tempo e com a aprendizagem na prática, identificando cinco níveis de competências: o iniciado, o avançado, o competente, o proficiente e o perito. Este modelo enquadra-se no processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECESF, evidenciado ao longo dos estágios, através da aprendizagem na prática.

O processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências no decorrer dos estágios contribuiu para o desenvolvimento de saberes na ação e acerca da ação, conforme afirma Schön (2000). O modelo deste autor assenta nos pressupostos de "reflexão na ação", de "reflexão sobre a ação" e de "reflexão sobre a reflexão na ação" e realça a importância da reflexão acerca da prática profissional como essencial e como um meio de aprendizagem e de aperfeiçoamento contínuo. Oliveira et al. (2020) acrescentam que apenas uma prática reflexiva tem o poder de promover transformação, de gerar novas alternativas e de adquirir novas competências cognitivas, profissionais e relacionais, com impacto positivo na resolução de problemas e na abordagem da complexidade da família, enquanto foco dos cuidados. Desta forma, a

prática reflexiva tem como objetivo, a promoção de um desenvolvimento profissional relevante e de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, permitindo que o EEECESF desenvolva as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEECESF. No que concerne às competências comuns do enfermeiro especialista, sabe-se que estas se aplicam a toda a prestação de cuidados na área da saúde e que se dividem em quatro domínios principais: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, p.4745).

O desenvolvimento do domínio da responsabilidade ética, profissional e legal foi evidenciado através de uma prática clínica que respeitou as características pessoais, familiares e sociais das famílias, com base nos princípios éticos, deontológicos e nos valores pessoais e da profissão. A confidencialidade dos dados e a segurança da informação foi sempre garantida, como exemplo, a atribuição de números e de letras para caracterizar as famílias e seus membros, respetivamente. Também foi priorizada a vontade das famílias e de cada um dos seus membros, no que concerne à negociação, parceria estabelecida e cocriação no decorrer do processo de cuidados, através do uso de estratégias para resolução de problemas com a colaboração das famílias e dos seus membros.

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, Marques (2018) destaca a necessidade de avaliação das práticas conforme os resultados obtidos e, se necessário, fazer uma revisão das mesmas. Ao longo do estágio foi proporcionado um ambiente seguro e terapêutico, com uma prestação de cuidados de forma equitativa às famílias, de forma a melhorar a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, assim como a segurança e a adequação dos cuidados prestados a cada família. A reflexão acerca da prática, de forma a promover uma melhoria dos cuidados prestados, levou à implementação de um processo formativo para a equipa de enfermagem da USF, relacionado com a documentação dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da ESF, conforme descrito anteriormente. A equipa de enfermagem classifica a

documentação neste domínio como muito importante e com um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, foi assegurado que os cuidados foram planeados, executados e, finalmente, avaliados de forma segura e sustentados em evidência científica, em colaboração com a equipa multidisciplinar e de acordo com uma utilização eficiente dos recursos disponibilizados pela USF. A avaliação e intervenção nas famílias e seus membros teve como base o uso de referenciais teóricos e de instrumentos de avaliação e intervenção familiar, contribuindo para uma prestação de cuidados baseada na evidência. A utilização do MDAIF foi essencial como um guia orientador e da consolidação das boas práticas em ESF, assim como, no âmbito de cada membro individualmente, a Teoria das Transições se revelou essencial para avaliação e intervenção numa fase de transição saúde/doença, com vista a facilitar o processo adaptativo.

No que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, Marques (2018) considera que é através do aperfeiçoamento contínuo das competências que se consegue atingir a excelência dos cuidados prestados. O mesmo autor refere o investimento na aprendizagem ao longo da prática profissional permite ao enfermeiro adquirir um nível elevado de competência e rigor, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados, pelo que, considera-se relevante uma constante atualização dos conhecimentos. Neste âmbito, foram realizadas pesquisas em diferentes bases de dados científicas de forma a fundamentar a prática clínica. No decorrer do estágio, a partilha de conhecimentos e de experiências com a equipa de enfermagem da USF revelou-se útil, contribuindo não só para a melhoria das competências demonstradas, como também para o crescimento pessoal e profissional. A formação desempenha também um papel essencial neste domínio, de forma a garantir uma atualização dos conhecimentos aplicados à prática. Desta forma, frequentei um *webinar* – “Intervenção Sistémica à Família”, organizado pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha, realizado no dia 16 de janeiro de 2024, com duração de duas horas (Anexo XII); apresentei um póster com o título “As lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros dos CSP” no 5º

congresso de Enfermagem da ULSSA nos dias 21 e 22 de março de 2024 (Anexo XIII); frequentei o seminário de “Entrevista familiar” promovido pelo Politécnico da Guarda, que se realizou a 12 de abril de 2024, com a duração de três horas (Anexo XIV); frequentei o seminário de “Enfermagem de Saúde Familiar: dos processo formativos às práticas com as famílias/dos referenciais à produção de conhecimento” promovido pelo Politécnico da Guarda, que se realizou a 2 de maio de 2024, com a duração de quatro horas (Anexo XV); participei no “II Encontro de Enfermagem Comunitária - (RE)Conhecer e (TRANS)Formar”, promovido pelo Núcleo de Enfermagem Comunitária Douro Norte da ULSTMAD, que se realizou a 15 de maio de 2024, com a duração de sete horas (Anexo XVI); frequentei o *webinar* “Ontologia: família enquanto cliente nos cuidados”, na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, que se realizou a 21 de setembro de 2024, com duração de duas horas (Anexo XVIII); participei no “3º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João” que se realizou a 27 de setembro de 2024, com a duração de oito horas (Anexo XVII); apresentei a comunicação oral com o título “As vivências da família monoparental face a entrada dos filhos na escola: revisão *scoping*” no *Internacional Congress of Family Health*, nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (Anexo XIX); participei no “capítulo Ibero Americano - IFNA: Experiências interculturais e desafios no trabalho com famílias: perspetivas do Brasil, Portugal e Espanha”, que se realizou a 20 de fevereiro de 2025 (Anexo XX). A participação nestes eventos contribuiu para aumentar os conhecimentos, as competências e refletir acerca das práticas no âmbito da ESF.

No que se refere às competências específicas do EEECESF, segundo o Regulamento nº428/2018, apresenta-se a análise dos contributos das atividades desenvolvidas que comprovam o desenvolvimento das respetivas competências. Na competência de cuidar da família como unidade de cuidados e dos seus membros no decurso do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção destacam-se as seguintes unidades de competências:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas: As famílias

foram abordadas de acordo com a sua disponibilidade, no sentido de dar resposta às suas necessidades como um todo e a cada membro individualmente, em situações complexas. O plano de cuidados da família e de cada um dos seus membros foi co-construído respeitando os princípios de cuidados centrados na família e na pessoa, em todas as etapas do processo de cuidados (Figueiredo, 2009). Foi estabelecida uma relação terapêutica, de acordo com os seus princípios de empatia, honestidade e congruência com cada família, respeitando os seus valores e crenças de forma a conseguir obter os resultados desejados. Para além disso foram reforçadas as forças de cada família.

- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família: Inicialmente foram colhidos dados acerca das famílias na consulta de processos no *SClinico®* e com a equipa de saúde familiar, especificamente, o enfermeiro de família e o médico. Nas consultas com as famílias foram colhidos dados acerca da estrutura das mesmas, o que possibilitou a construção, em conjunto, do genograma com a psicofigura de Mitchell e do ecomapa, enquanto instrumentos de avaliação e intervenção familiar. Para além disso, foram analisados os padrões transgeracionais de doença, assim como os problemas atuais das famílias e identificados os possíveis fatores de risco, do contexto ambiental, que pudessem influenciar o estado de saúde dos membros da família. Seguindo os princípios da EFS, foram avaliadas as famílias de acordo com a matriz operativa do MDAIF, na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, tendo-se iniciado esta avaliação pela respetiva colheita de dados em cada uma das dimensões. Em cada membro da família foi feita uma colheita de dados de forma a realizar uma avaliação individual, com base na Teoria das Transições, particularmente acerca da consciencialização e do envolvimento perante a transição saúde/doença, condições essenciais para o início do processo, dos fatores facilitadores e/ou dificultadores que o podem influenciar, e do seu posicionamento no processo adaptativo. Para além disso, foram identificadas crenças e significados das famílias e dos seus membros, de forma a facilitar os processos de mudança perante transições complexas.

- **Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas:** Na colheita de dados teve-se em consideração, nomeadamente, a análise dos antecedentes familiares, das relações entre os vários membros da família, o seu estado de saúde e a monitorização das respostas das famílias perante transições complexas. Foi também tida em consideração a etapa do ciclo vital de cada família, bem como as transições de cada membro individualmente, as crenças, os fatores ambientais e os recursos utilizados, como resposta a situações complexas, assim como possíveis obstáculos e alternativas para os superar.

- **Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica:** as famílias foram capacitadas para a criação de objetivos promotores da saúde em temas complexos, num ambiente seguro e com base na evidência científica mais recente. Foi também utilizado o pensamento crítico e sistemático que possibilitou uma abordagem mais ampla da família e respetivos focos de intervenção em ESF, utilizando o MDAIF e de cada membro, utilizando a Teoria das Transições, evidenciando a prática baseada na evidência. Finalmente, em colaboração com a família e cada um dos seus membros foi desenvolvido um plano de cuidados baseado na evidência científica, com o intuito de atingir os resultados esperados.

- **Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas:** durante a prestação de cuidados às famílias foi desenvolvida uma relação terapêutica, centrada nas famílias e nas pessoas, criando um ambiente saudável e seguro, com minimização dos fatores de risco que interferem com a saúde. Foi dado enfoque à capacitação das famílias com o intuito de mobilizar meios e recursos para resolução de conflitos e reduzir as emoções negativas. Assim, foi feito um planeamento e avaliação das intervenções de ESF, no que concerne à capacitação das famílias na transição accidental do tipo saúde/doença. A nível individual, foi também utilizada a EM com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca dos indivíduos para a mudança comportamental, nomeadamente, no domínio da autogestão do regime de exercício e do comportamento aditivo: uso do tabaco.

- **Facilita a resposta da família em situação de transição complexa:** as famílias foram encorajadas a partilhar a sua história durante as consultas e foi promovido um ambiente terapêutico favorecedor da identificação das suas forças e dos recursos, como uma forma de mudança e oportunidade de crescimento facilitando o processo de consciencialização. Tanto as famílias como os seus membros foram implicados em todo o processo de tomada de decisão, focando nos seus pontos fortes e dando, sistematicamente, *feedback*. Também foram examinadas, em conjunto, estratégias e recursos e formas de os mobilizar, para satisfazer as necessidades em saúde e melhorar a dinâmica familiar e os processos adaptativos às novas condições. Para além disso, foram avaliadas dinâmicas entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, com o objetivo de promover estratégias de melhoria e a criação de sinergias.

- **Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar:** com o objetivo de melhorar a prática e as competências em ESF, foi relevante e tida em consideração a orientação pelo enfermeiro cooperante e pelas professoras envolvidas, em contexto de orientação do estágio e do relatório. Neste sentido, foi realizada uma autoavaliação contínua da prática, permitindo uma “reflexão na ação”, uma “reflexão sobre a ação” e uma “reflexão sobre a reflexão na ação” (Schon, 2020), nomeadamente, em momentos de discussão com a equipa da USF acerca da ESF e a realização do processo formativo, após reflexão e análise sobre a prática da documentação dos cuidados prestados às famílias.

Para além disso foi promovido o desenvolvimento pessoal e profissional através da frequência em formações na área da ESF e um envolvimento ativo, no que concerne a ser autora e apresentadora de dois trabalhos científicos em eventos. Por fim, foi demonstrada competência no que diz respeito ao processo de raciocínio e análise crítica, no que concerne aos cuidados prestados às famílias.

- **Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem:** foram promovidos momentos de avaliação da

satisfação entre famílias/enfermeiro e os cuidados prestados, com o objetivo de ter *feedback* acerca das intervenções implementadas. Finalmente, foram avaliados os ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados com as famílias, sendo que, o processo de cuidados às famílias, em colaboração com o enfermeiro cooperante, ficou registado no *SClínico*®. A formalização da documentação dos cuidados prestados às famílias e respetivos ganhos em saúde é essencial para dar visibilidade ao papel específico do EEECESF. Isto reflete a necessidade da criação de indicadores específicos sensíveis aos cuidados de ESF, que traduzam o real trabalho desenvolvido e os ganhos em saúde obtidos.

- **Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família:** a articulação entre equipas de saúde e a mobilização de recursos são fundamentais para garantir uma resposta integrada e eficaz às necessidades das famílias. Desta forma, a articulação entre equipas de saúde permite o acesso a recursos especializados e facilita a continuidade de cuidados. A mobilização dos recursos através de apoios sociais, comunitários e municipais são cruciais na resposta às necessidades da família. Também a transferência de competências da área da saúde para os municípios, com o objetivo de aproximar os serviços das populações e rentabilizar recursos, permite, por exemplo, melhorar a gestão e autogestão da doença crónica seja através da implementação de projetos ou de programas municipais de apoio a doentes crónicos. Estas parcerias entre municípios e instituições de saúde podem otimizar recursos e reduzir tempos de espera. Assim, ao longo dos estágios, foi promovida a colaboração interdisciplinar entre a equipa da USF, nos cuidados de saúde às famílias, nomeadamente, entre enfermeiro e médico. Não houve necessidade de referenciar nenhuma família para outras unidades funcionais, no entanto, uma família foi orientada para os recursos existentes na comunidade, com vista a desparasitação do seu animal doméstico.

- **Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção:** a gestão dos cuidados de saúde da família considera os diferentes

níveis de prevenção e deve ser integrada em processos de governação clínica e projetos de melhoria contínua da qualidade no âmbito da ESF. No decorrer dos estágios, foi utilizado o SI *SClínico*® para a documentação dos cuidados às famílias e foi realizada uma ação de formação com o tema “Documentação em Enfermagem de Saúde Familiar” com o objetivo de capacitar a equipa de enfermagem relativamente ao potencial do *SClínico*® para a documentação de cuidados às famílias. Foram avaliados os resultados da ação de formação, demonstrando que a mesma contribuiu para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias na USF. Assim, o EEECESF assume um papel crucial no âmbito da liderança e colaboração em processos de intervenção em ESF, nomeadamente, na gestão do sistema de cuidados, contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados de ESF.

A realização deste estágio permitiu assim o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF acima mencionadas. Os conhecimentos adquiridos, previamente aos estágios, em ambiente académico, durante a frequência das UC do curso foram uma mais-valia na prestação de cuidados com as famílias a vivenciar transições accidentais. Para além disso, foram relevantes na avaliação e intervenção em cada membro da família a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, considerando que todos os membros da família se influenciam mutuamente entre si e na família como um todo. Assim, a transposição do conhecimento teórico para a prática clínica destaca-se como uma competência crucial desenvolvida ao longo dos estágios, assim como a reflexão sobre a prática inerente a todo o processo de aprendizagem. A frequência deste curso permitiu, por exemplo na prática diária, uma abordagem mais sistémica das famílias e dos indivíduos ao longo do seu ciclo vital, tendo em consideração os eventos transacionais que podem surgir. Para além disso, permitiu um contributo no desenvolvimento de competências de comunicação e uma prática baseada e sustentada na evidência. A frequência do MECESF, na minha perceção, apresenta um contributo significativo na adoção de ferramentas de atuação na promoção da saúde e prevenção da doença e na autogestão da doença crónica, numa perspetiva sistémica da família enquanto foco dos cuidados e dos seus membros individualmente.

6. CONCLUSÃO

O EEECESF assume um papel preponderante na prestação de cuidados às famílias, enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros. Com o desenvolvimento do presente relatório foram atingidos os objetivos preconizados, evidenciando a aquisição de competências comuns e específicas do EEECESF, com foco na prestação de cuidados a famílias em transição accidental com membros portadores de HTA, ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II.

O EEECESF desempenha um papel crucial na identificação precoce de necessidades e na intervenção na família e em cada membro individualmente, com vista a facilitar os processos adaptativos. No âmbito da prestação de cuidados, a caracterização do contexto de estágio permitiu identificar uma elevada prevalência de famílias com membros portadores de HTA, da lista do enfermeiro cooperante, em consonância com os dados nacionais e assim, foram selecionadas famílias com este critério. A utilização do MDAIF, como guia orientador da prática em ESF, revelou-se essencial na prestação de cuidados às famílias alvo de cuidados. A área de atenção da Satisfação Conjugal foi a que apresentou maior necessidade de intervenção. Perante isso, foram planeadas e implementadas intervenções com o objetivo de capacitar as famílias, através das suas forças e recursos. Para a sua concretização, foram utilizadas técnicas transversais e técnicas específicas de intervenção familiar sistémica. Numa das famílias não foram identificadas necessidades de intervenção, na avaliação da família como um todo.

A nível individual, o membro da família portador de HTA encontra-se numa transição do tipo saúde/doença, sendo esta um processo adaptativo com necessidade de mudança de comportamentos e de aquisição de novas competências. Assim, cada membro com diagnóstico recente de HTA foi acompanhado no seu processo adaptativo, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis e, constatou-se, que todos se encontravam a vivenciar uma transição saudável. No acompanhamento deste processo adaptativo, de destacar a autogestão enquanto processo que se encontra relacionado com as

competências adquiridas pelas pessoas, para que estas consigam gerir ativamente a sua própria condição de saúde, com base em decisões informadas. Neste âmbito, constatou-se a necessidade de intervenção nos membros das quatro famílias, nomeadamente, na autogestão do regime terapêutico. De destacar também a implementação da EM a dois membros das famílias, com o intuito da mudança de comportamento, com resultado satisfatório. Deste modo, verificaram-se ganhos em saúde nas áreas de atenção individuais, nomeadamente, na autogestão do regime terapêutico. Assim, a prestação de cuidados às famílias ao longo do estágio possibilitou o desenvolvimento de uma das competências específicas do EEECESF, um dos objetivos a atingir, designadamente, cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros individualmente, no decurso do ciclo vital e nos vários níveis de prevenção.

As características do contexto de estágio, nomeadamente, da equipa multidisciplinar facilitaram a partilha de momentos de reflexão acerca da ESF, versando várias problemáticas, entre as quais, a documentação dos cuidados prestados, no sistema de informação do *SClínico*®. Esta permite a continuidade de cuidados e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem realizados, no entanto, foram detetadas algumas dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem. O processo formativo desenvolvido na USF, acerca da documentação dos cuidados de enfermagem em ESF, permitiu melhorar os conhecimentos, a perceção da capacidade e a documentação de cuidados. Os resultados da avaliação do processo formativo no nível um, dois e três de Kirkpatrick foram satisfatórios, uma vez que se constatou uma mudança de comportamento na documentação dos cuidados na prática. Neste processo formativo, de realçar o *coaching* como uma estratégia formativa e de capacitação dos enfermeiros que promove o desenvolvimento de competências e as mudanças comportamentais. Assim, evidencia-se o desenvolvimento da segunda competência específica do EEECESF, outro objetivo atingir, designadamente, na liderança e colaboração em processos de intervenção na área da ESF.

Os objetivos definidos na introdução foram atingidos com eficácia, sendo explanados ao longo do trabalho, assim como, os resultados obtidos. Para além disso, foram atingidos com eficiência, na medida em que, justificaram todos os recursos utilizados, como, o tempo investido, as pessoas envolvidas e os recursos materiais utilizados.

Como recomendações e sugestões ao longo do desenvolvimento do processo de aprendizagem, apresenta-se a necessidade de parametrização no *SClínico*® de todas as intervenções no âmbito das áreas de atenção da ESF. Seria interessante ter colaborado neste processo, no entanto, devido ao tempo disponível foi identificada como área prioritária a ação formativa acerca da documentação em ESF. Para além disso, foi identificada a necessidade de contratualização de indicadores de desempenho específicos da ESF, que se adequem à prática do enfermeiro de família e que traduzam o real trabalho desenvolvido nesta área.

Ao longo de todo o percurso, as maiores dificuldades foram a conciliação dos horários de estágio com os laborais e, dificuldade na gestão de tempo, uma vez que as horas previstas de estágio foram insuficientes para a realização de todas as atividades desenvolvidas. Para além disso, a aplicação dos conhecimentos teóricos, previamente adquiridos em contexto académico, para a prática revelou-se numa experiência desafiadora e complexa.

O desenvolvimento deste relatório poderá contribuir para melhorar a prática clínica em ESF e orientar para estudos de investigação nesta área, designadamente, maior investigação acerca do impacto que uma doença crónica apresenta na família como um todo, já que, os estudos encontrados foram escassos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almas E. & Benestad E. E. P. (2021) Treatment of Sexual Problems in Individuals With Sexual Trauma. *Front. Psychol.* 12 (610619). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.610619>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escola de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Araújo, I., Simões, C., Araújo, N., Jesus, R., Pombal, F. & Machado, B. (2020). Health Literacy Level of Diabetic or Hypertensive Patients in Family Health Units in Portugal. *International Archives of Nursing and Health Care*, 6(3), 145-151. <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510145>
- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de kirkpatrick*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/14473/1/DM-ARCB-2017.pdf>
- Bastos, F., Vilar, A. I. & Sousa, M.R. (2023). A gestão do regime terapêutico. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 260-269). Lidel – edições técnicas, lda.
- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Bentes, A., Pedroso, J., & Falcão, D. (2021). Papéis desempenhados por pais idosos e filhos na velhice: revisão integrativa de literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 321–337. <https://doi.org/https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i3p321-337>
- Bertalanffy, V. (1997). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Birudaraju, D., Cherukuri, L. & Budoff, M. (2020). Update on Hypertension and Adaptations for Treatment. *Medical Journal of Southern California Clinicians*, 13 (1), 18-24. <https://doi.org/10.38206/130103>.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bjerkkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R. M. (2021). Patient safety through nursing documentation: Barriers identified by healthcare professionals and students. *Frontiers in Nursing*, 3, 624555. <https://doi.org/10.3389/fnurs.2021.624555>
- Brooks, N. (2021). *How to undertake effective record-keeping and documentation.* *Nursing Standard*. <https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11700>
- Capela, N., & Polonia, J. (2024). Reflexão sobre a situação da Hipertensão em Portugal com base na ferramenta BI-CSP. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 12 (98), 4-5 <https://doi.org/10.58043/rphrc.109>
- Carey, R., Moran, A., & Whelton, P. (2022). Tratamento da hipertensão: uma revisão. *JAMA*. 328 (18), 1849-1861. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.19590>.
- Carvalho, M. I., Pinto C., Ribeirinho C. M., Teles H. & Correia P. (2021). Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal. In *Relatório Científico*. https://www.researchgate.net/publication/355197408_Estudo_sobre_o_Profil_do_Cuidador_FamiliarInformal_da_Pessoa_Senior_em_Portugal
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (4ª Ed). Editora Manole Ltda. <https://biblioteca.unisced.edu.mz/bitstream/123456789/2347/1/Idalberto-Chiavenato-Gestao-de-Pessoas-o-Novo-Papel.pdf>

- Cohen, M. (2018). *Metaphor: its therapeutic use and construction - A Professional Guide to Using Metaphor in Psychotherapy and Counseling*. (1st ed.). Eugene, Oregon: Resource Publications.
- Cordeiro, R., Arco, H. R., & Carvalho, J. (2021). Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal. Em *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Correia, C. I. S., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Correia, I. C. G. (2020). *Gestão da formação como estratégia dos recursos humanos: estudo de caso na autarquia de Lisboa e na autarquia da Praia em Cabo Verde* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências Lisboa]. Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34190>
- Correia, R. L. (2017). O Ecomapa na Prática Terapêutica Ocupacional: Uma Ferramenta Para o Mapeamento das Percepções Sobre a Participação Nas Redes Sociais de Suporte. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 1(1). <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto4263>
- Cotrim, H. (2023). Transição saúde/doença. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 222–224). Lidel – edições técnicas, lda.
- Dantas, M., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2022). Family health nurse interventions in the diabetes surveillance consultation. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21084>
- Davis, K. M., Eckert, M. C., Hutchinson, A., Harmon, J., Sharplin, G., Shakib, S., & Caughey, G. E. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care

at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121 (103986), 329 – 340. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103986>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República, nº215/2023 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Diário da República, nº215/2023 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República, nº149/2023 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Diário da República, nº118/2017 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Decreto-Lei n.º 81/2024, de 31 de outubro. Diário da República, nº212/2024 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2024-894487441>

Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). Os efeitos da educação em autogestão adaptada à alfabetização em saúde na adesão à medicação e no controle da pressão arterial entre idosos com hipertensão primária: um estudo controlado randomizado. *Educação e Aconselhamento do Paciente*, 103(2), 336-342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.028>.

DGS. (2013a). Hipertensão arterial: Definição e classificação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf

- DGS. (2013b). Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arteria<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-da-hipertensao-arterial.pdf>.pdf
- DGS. (2017a). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21114/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%3%a7as%20C%3%a9rebro-Cardiovasculares%202017.pdf>
- DGS. (2017b). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf
- DGS. (2017c). Programa Nacional para a Saúde Mental. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- DGS. (2020). Programa Nacional para a Promoção Da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>
- DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de todos para todos. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- DGS. (2024). *Descodificador de Rótulos*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/descodificador-de-rotulos/>
- DGS. (n.d.). *Plano Nacional de Saúde 2023. Determinantes de Saúde*. <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures. Lusociência.
- Duke, P. L. (2017). How to Evaluate Training - Using the Kirkpatrick Model. *Professional Safety*, 62(8), 20-21. <https://www.proquest.com/docview/1928996197?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Scholarly%20Journals>

- ERSE. (s.d.). *Gás de Garrafa: Recomendações de segurança*.
<https://www.erse.pt/media/s4rbexoj/recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-seguran%C3%A7a.pdf>
- Fernandes, S. & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-45. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 403-406). Lidel – edições técnicas, lda.
- Ferreira, M. M. & Figueiredo, M. H. (2023). O plano nacional de saúde e programas de saúde. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 10-14). Lidel – edições técnicas, lda.
- Ferreira, M. M. (2023). O marketing em saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 65-66). Lidel – edições técnicas, lda.
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. S., Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: Perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77-90
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45239/1/art.%20p%2077-90.pdf>
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20.
- Figueiredo M. H. (2023a). A família e a experiência de doença. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 212-221). Lidel – edições técnicas, lda.

- Figueiredo M. H. (2023b). Genograma. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 431-432). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H. (2023c). Ecomapa. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 450-452). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H. (2023d). Princípios da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 407-415). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H. (2023e). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 383-390). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H., Monteiro M. J. P. & Subtil C. (2023a). A Enfermagem de Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 42-66). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H., Rego, R. & Vitor C. (2023b). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 431-432). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H., Rego, R. & Vitor C. (2023c). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 353-356). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo M. H., Rego, R. & Dantas M. J. (2023d). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 361-368). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Lusociência.

- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023a). Metáfora. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (p. 445). Lidel – edições técnicas, lda
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023b). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 443-444). Lidel – edições técnicas, lda
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023c). Conotação positiva. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 438-439). Lidel – edições técnicas, lda
- Fradique M. J. J. G. (2012). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. Ef <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3042/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DE%20MESTRADO.pdf>efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem
- França, D., Festa, A. J. R., Santos, P. M. S., Araújo, M. de F. de, & Peixoto, M. J. da S. (2022). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21128>
- Gandra, M. L. M. & Saraiva, D. T. (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. (2023). A enfermagem comunitária. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 33-41). Lidel – edições técnicas, lda.
- Gomes, J. F., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer Publishing Company.

- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 445-459.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59(8), 465-476.
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., & Asurabarrena-Iraola, C. (2018). The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12175>
- Ibnu, F., Rina, H, N., & Wahyuni, L. (2023). Eficácia do modelo de mentoria familiar na redução da pressão arterial de clientes hipertensos. *Indonésio J. de Enfermeiros de Saúde Comunitária.*, 8(2), 74-77. Doi:10.20473/ijchn.v8i2.45745
- ICN. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- ICN. (2022). Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26191/icn_kit_portugu%C3%AAs_vf.pdf
- IFNA. (2015). *Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statementongeneralist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- INE. (2024a). *Pordata, Portugal. Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas: Quadro-resumo*. <https://www.pordata.pt/portugal/quadro+resumo/portugal-822515>
- INE. (2024b). *Pordata, Portugal. População. Famílias*. <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/familias-29>
- INE. (2024c). *Base de dados. Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado (%) por Sexo e Grupo etário;*

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008044&contexto=bd&selTab=tab2

INE. (2024d). *Base de dados. População residente com 15 e mais anos que referiu sofrer de hipertensão arterial (Nº) por Sexo, Grupo etário e Consumo habitual de medicamentos prescritos para a hipertensão arterial* (Sim/Não); https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011057&contexto=bd&selTab=tab2

Kirkpatrick, D. (1979). Techniques for Evaluating Training Programs. *Training and Development Journal*, 33(6), 78 – 92.

Kirkpatrick, P. (2024). *The Kirkpatrick Model*. <https://www.kirkpatrickpartners.com/the-kirkpatrick-model/>

Kraus, T., & Silva, M. M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 392-397). Lidel – edições técnicas, lda.

Lima, C. P. & Nogueira, A. (2023). Famílias com filhos na escola. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 168-170). Lidel – edições técnicas, lda.

Lorig K. R. & Holman H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1),1–7.

Lourenço, D. F. G. (2019). *Da crise familiar à resiliência familiar: uma análise temática com famílias com filhos jovens adultos*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/94857>

Malachias, M. V. B., Souza, W. K. S. B., Plavnik, F. L., Rodrigues, C. I. S., Brandão, A. A., Neves, M. F. T., Bortolotto, L. A., Franco, R. J., Feitosa, A. D., & Amodeo, C. (2016). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 107(3), 1-83.
<https://doi.org/10.5935/abc.20160151>

Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados*. [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

https://www.google.com/search?q=repositorio+ucp&rlz=1C1GCEA_enPT1032PT1032&oq=repositorio+ucp&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUOTIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDIICAMQABgWGB4yCAgEEAAYFhgeMgYIBRBF GDwyBggGEEUYPDIGCAcQRRg80gEIMjk4NmowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

Martins, E. C., & Martins, S. I. B. (2017). Educação Parental na Transição e Adaptação das Crianças Portuguesas da Pré-escola ao 1º Ciclo do Ensino Básico. *Revista de Educação PUC-Campinas*, 22(1), 19.
<https://doi.org/10.24220/2318-0870v22n1a3300>

Martins, O. (2022). *Relatório da Prática Especializada em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria.
<http://hdl.handle.net/10400.8/7554>

Martire, L. M. & Helgeson, V. (2017). Close relationships and the management of chronic illness: Associations and interventions. *American Psychologist*, 72(6), 601–612. <https://dx.doi.org/10.1037/amp0000066>

Matos, D., & Grácio, Á. (2016). *Rituais Familiares e Perceção de Falso Self em Adultos Emergentes* [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa].

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.
<http://hdl.handle.net/10451/27890>

- McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). Families *coping* with illness: The Resiliency Model Family Stresse, Adjustment, and Adaptation. In Danielson, C., Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fry, P. (Eds). *Families, Health & Illness*. Perspectives on *coping* and intervention (pp. 21- 63). St Louis: Mosby-Year Book.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. New York: Norton & Company.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (ed.) Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melo, P. (2023). A promoção da saúde. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 2-9). Lidel – edições técnicas, lda.
- Miller, W. R., & Rollick, S. (2002). *Motivacional interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollick, S. (2016). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança*. 3ª edição. Climepsi editores.
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. M. (2021). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Scientia*, 1(28), 91–107. <https://doi.org/10.46691/es.vi.101>
- Ministério da Saúde (s.d.). *Sobre os sistemas de informação*. <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/> obre os Sistemas de Informação – SPMS
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., Schoeller, S. D., & Antunes, L. (2021). *Assistência à Saúde dos Idosos: Equipe Interdisciplinar de Saúde*.

Revista Baiana de Enfermagem, 35.
<https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>

Murteiro, A., Vítor, C., Figueiredo, M., Silva, M., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2021). *Perceção de competência dos enfermeiros de família sobre a entrevista familiar sistémica* [Comunicação científica]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=yCQgS5Xn>.

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/10.1590/1413-1232021262.40802020>

Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878–884. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE>

Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.

OE. (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%ADde-para-todos/>

OE. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. S. A. NORPRINT Artes Gráficas, Ed.

OE. (2017). *Parecer nº 10/2017*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

- OE. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- OE. (s.d.), *Ontologia de Enfermagem*.
<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2020). Práticas educativas em enfermagem de saúde familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 427-431. <http://hdl.handle.net/10400.26/31676>
- OMS. (1978). *Declaração de Alma-Ata*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para Promoção da saúde*.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- OMS. (2020). *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886_por.pdf
- OMS. (2024). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Pereira, A. L., Ramalho, A., Viana, J., Hespanhol, A. P., Freitas, A. & Biscaia, A. (2021). O efeito do comissionamento no desempenho das unidades de cuidados de saúde primários portuguesas: uma análise nacional quadrienal. *Política de Saúde*, 125(6), 709-716.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.008>
- Pereira, M. A. R. B. (2020). *Dynamic team leadership coaching towards business results* [Tese de Doutoramento, ISCTE Business School]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/20596>

- Pinheiro-Carozzo, N. P., Da Silva, I. M., Murta, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções Familiares para Prevenir Comportamentos de Risco na Adolescência: Possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. *Pensando Famílias*, 24(1).
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>
- Pinto, F. N. F. R. & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de stress: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 525-539.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1197–1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Prio. (2024). *Cinco cuidados que debes ter com a botija de gás em casa*. https://www.prio.pt/pt/cuidados-com-gas-em-casa_236.html?idb=573
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Ramirez, F. T., & Álvarez, B. E. P. (2022). Metáforas en la expresión de emociones en la narrativa psicoterapéutica. *Linguística Mexicana. Nueva Época*, 4(1), 63–80.
- Ramos, C., Araruna, R., Lima, C., Santana, C., & Tanaka L. (2018). Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1211-1218. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>

Regulamento Interno da USF (2019).

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da OE. Diário da República,
nº26/2019 - II Série.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da OE. Diário da República,
nº135/2018 - II Série.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro da OE. Diário da República,
nº184/2019 II Série.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. (4ª ed).
Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, S. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>

Ribeiro, D. & Figueiredo, M. H. (2023a). Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (p. 436). Lidel – edições técnicas, lda

Ribeiro, D. & Figueiredo, M. H. (2023b). Entrevista Motivacional. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 459-462). Lidel – edições técnicas, lda

Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36(2), 59-73. <https://orcid.org/0000-0002-4011-3849>

Rosa, A. F. M. (2018). *Melhorar as competências de coaching dos líderes – um projeto de intervenção* [Dissertação de Mestrado, ISCTE Business School]. Repositório ISCTE. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/18288/1/master_andre_morais_rosa.pdf

- Santos, E. D. O., Pamplona, Y. D. A. P., Martins, L. C., & Bernardes, L. M. (2021). A Prática Educativa do Enfermeiro na Reorganização do Ambiente Residencial Para a Mobilidade e Segurança do Idoso. *Leopoldianum*, 47(132). <https://doi.org/10.58422/releo2021.e1172>
- Santos, M. A. (2019). *Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos enfermeiros gestores* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29473/1/TESE%20Maiara%20Santos.pdf>
- Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2521-2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>.
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C., Carvalho, J., & Sampaio, S. (2023). Tipos de entrevista. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 400-402). Lidel – edições técnicas, lda.
- Shah, R., Ali, F. M., Finlay, A. Y., & Salek, M. S. (2021). Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19 (194). <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-021-01819-4>
- Silva, A. S., Germano Ferreira, N., Da Silva Jardimino, D., Alves do Nascimento, L., & Minervina Moraes de Sabino, L. (2022). Aplicação de Entrevista Motivacional no Âmbito da Saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40). <https://doi.org/10.31011/readid-2022-v.96- n.40-art.1452>

- Silva, J. P., Crepaldi, M. A., & Bousfield, A. B. S. (2021). Representações Sociais e Doenças Crônicas no Contexto Familiar: Revisão Integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 125–140. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Silva, M. M., Kraus T. & Figueiredo M. M. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 152-158). Lidel – edições técnicas, lda.
- Silva, M. V. B. da, Ferreira, E. T., Filho, C. A. de L., Basílio, V. K. V., Lobo, M. J. S., Gava, P. H. R., Nunes, C. C. F., Correia, A. A., Silva, H. V. C. da, & Bernardino, A. de O. (2023). Efeitos dos determinantes sociais da saúde na hipertensão: uma revisão sob a luz do modelo de Dahlgren e Whitehead. *Journal of Education Science and Health*, 3(1), 1–13. <https://doi.org/10.52832/jesh.v3i1.172>
- SNS. (2024a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- SNS. (2024b). *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- SPH. (2024). *Hipertensão Arterial (HTA): o que é?* <https://sphta.org.pt/hipertensao-arterial-hta-o-que-e-3/>
- Spínola A. & Figueiredo M. M. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 92-95). Lidel – edições técnicas, lda.
- Svaldi, J. S. D., Zamberlan, C., & Siqueira, H. C. H. (2013). Abordagem ecossistêmica: uma possibilidade para construir conhecimento sustentável em enfermagem/saúde. *Escola Anna Nery*, 17(3), 542–547. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300019>

- Teixeira, M. (2023). Famílias com filhos adultos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 178-180). Lidel – edições técnicas, lda.
- Teixeira, R., Batista, B., Correia, C. I. S., Rosário, H. & Chaves, C. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Tolentino M. A. (2020). *Governança clínica, gestão de risco e a segurança em cuidados de saúde para os doentes em angola*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94762/1/Dissertacao_Marisa_Tolentino_final%20%282%29.pdf
- Trajano, M. P., & Gonçalves, M. D. da S. (2020). O Uso de Metáforas com um Adolescente em Processo Psicoterapêutico Familiar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67), 23–40. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i67.517>
- Oliveira, A. R., Bezerra H. C. J, Gaudêncio, E. O., Batista, J. R. M. & Lucena, M. S. R. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 26, 123-135. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>
- Vega, A. P. V. (2023). Estado do conhecimento: teoria e prática, a expertise de três pesquisadoras. *Educação: Teoria e Prática*, 33 (66), 43. <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106.v33.n.66.s17056>
- Velikonja, N. K. (2020). Interdisciplinarity of research in nursing: the crossing of health, biomedical and social sciences. *Pielegniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 18(3), 169–173. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0018>
- Vieira, S.M. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em Enfermagem: Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/55867/1/>

[Susana%2bMaria%2bda%2bCunha%2bVieira.pdf](#)

Vilar, A. I. (2012). A Família e a Autogestão dos Processos de Saúde Doença: o caso da diabetes tipo 2. In Carvalho, J. C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 61-66). Porto: ESEP.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31865/1/2012_Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20enf%20Fam%20adlia61-66.pdf

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Editora Cultrix.

Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303-316. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>.

Wiener, N. (1951). *Cybernetics. Or control and communication in the animal and the machine*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª Edição). Editora Roca.

Yang M., Yang S., Rosa R. & Cui, Lu-Hai (2023) Development of family resilience models. *Frontiers of nursing*, 10 (1) 3-4. <https://doi.org/10.2478/fon-2023-0001>.

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Erechim*, 36 (136) 133–142.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS

OBJETIVO: CARATERIZAR AS FAMÍLIAS DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO X.

A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS É GARANTIDA, SENDO QUE OS MESMOS SÃO DE ACESSO EXCLUSIVO PELA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR E PELA ENF. DANIELA BRANDÃO, ALUNA DO ENF. X.

NA SUA UTILIZAÇÃO, EM CONTEXTO ACADÉMICO, SERÃO TIDOS EM CONSIDERAÇÃO OS PRINCÍPIOS DE ANONIMATO.

DADOS REFERENTES AO AGREGADO FAMILIAR

NÚMERO DE PESSOAS:

IDADES:

SEXOS:

PROFISSÕES:

NÍVEL DE ESCOLARIDADE/INSTRUÇÃO:

NÚMERO DE PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇA CRÓNICA:

SE PRESENÇA DE PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA, ESPECIFICAÇÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS:

NÚMERO DE PESSOAS DEPENDENTES DE AJUDA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS:

SE PESSOAS DEPENDENTES, IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS:

CONCELHO DE HABITAÇÃO/ZONA:

ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR:

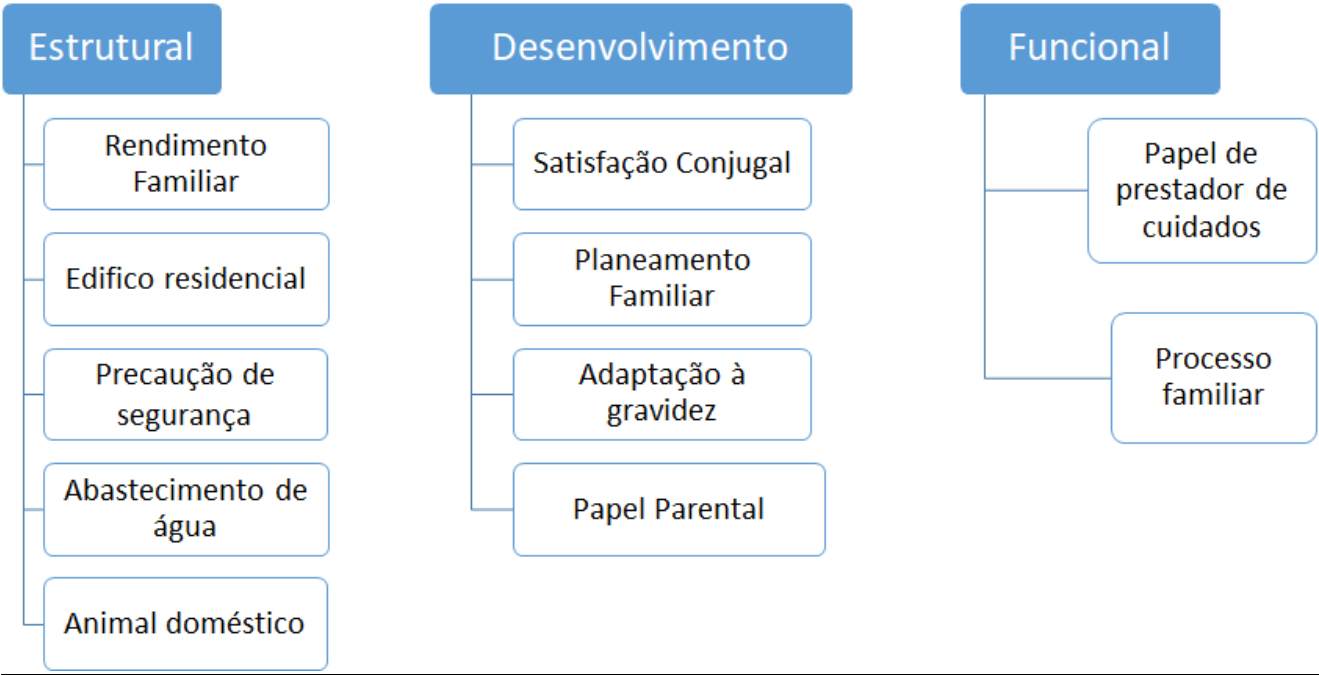
TIPO DE FAMÍLIA: NUCLEAR___; CASAL___; UNIPESSOAL___; MONOPARENTAL___;
ALARGADA___; RECONSTRUÍDA___; OUTRA___

ETAPA DO CICLO VITAL: FORMAÇÃO DE CASAL___; FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS___;
NA ESCOLA___; ADOLESCENTES___; ADULTOS___

SUBSISTEMAS EXISTENTES: CONJUGAL___; FRATERNAL___; PARENTAL___; FILIAL___;
INDIVIDUAL___

ANEXO II – MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF EM VERSÃO REDUZIDA

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

--

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

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

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

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



Se Rendimento Familiar Insuficiente

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

Fundamentação (ACI) *(Se adequado)*

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



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)	



Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional	

<i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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



Se Precaução de Segurança Não Demonstrada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás

	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Orientar para serviços da comunidade
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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



Se Abastecimento de Água Não Adequado

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

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

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - <u>Outros dados:</u> <i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Animal doméstico negligenciado</u> , se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

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

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

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	<u>Relação dinâmica disfuncional</u> se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	

<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

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

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



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planear rituais familiares

	Motivar para atividades em conjunto
	Ensinar sobre sexualidade
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
	Orientar para serviços médicos
	Orientar para terapia familiar
	Orientar para serviços (psicologia)
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade</u>	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado	
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</u>	B.2.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	B.2.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	
Atividade Diagnóstica do item <u>Uso de Contracetivo</u>	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo <i>Se Uso qual?</i>	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contracetivo	

Atividade Diagnóstica do item <u>Interrupção do uso de contraceptivo</u>	<i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contraceptivo adotado</u>	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</u>	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos</u>	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Uso de contraceptivo Não adequado Se: Uso de contraceptivo e Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Uso de contraceptivos adequado / Não adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino Se interrupção, o motivo e quando?	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</u>	B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</u>	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	

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

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



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	

Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz (eliminar o que não se adequa)

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

Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.	
<u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
<u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
<u>Conhecimento sobre desenvolvimento fetal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
<u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebé.	
<u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebé</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u>	B.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</u>	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</u>	B.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé</u>	B.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de adesão Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	

Subdiagnóstico	Comportamentos de adesão demonstrado / não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-----------------------	--

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

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
 <i>Se Adaptação à Gravidez Não Adequada</i>	I sobre etapas de adaptação á gravidez
	I sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebé
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Orientar para serviços de saúde
	Facilitar o suporte familiar
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>

Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-------------	--

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados

<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	

<u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde	
<u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u>	B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</u>	B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	B.4.2.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

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

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

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

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / • Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	



Se Papel Parental Não Adequado

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

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

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

Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	

<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento</u>	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>cognitivo, psicossocial e social</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	
<u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar	
<u>Criação de espaço para a criança estudar</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança	
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Promoção da socialização/autonomia da criança</u>	B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u>	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Os pais promovem uma higiene adequada à criança	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
Os pais promovem a socialização da criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
Os pais definem regras entre subsistemas	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO		
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	B.5.4 Consenso do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO		
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO		
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO		
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		

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



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança
	Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança
	Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança
	Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança
	Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral
	Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes
	Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária
	Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança
	Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança
	Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes
	Ensinar os pais sobre socialização
	Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil
	Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social
	Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários
	Advogar criação de espaço para a criança estudar
	Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança
	Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares
	Promover a socialização/autonomia da criança
	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança
	Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança
	Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança
	Motivar os pais para higiene adequada à criança
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança
	Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança
	Motivar os pais para a socialização da criança
	Motivar os pais para a importância de regras estruturantes
	Orientar para serviços sociais
	Orientar para serviços comunitários
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Avaliar as dimensões não consensuais de papel
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Avaliar as dimensões conflituais no papel
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;
	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;
	Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções	Data

<i>(repetir conforme necessário)</i>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos na escola (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Dimensão	B.6.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u>	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u>	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</u>	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente</u>	B.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</u>	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de atividades de lazer adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente</u>	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais definem regras entre os subsistemas</u>	B.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de regras entre subsistemas	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u>	B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u>	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do papel</u>	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflito do papel</u>	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do papel</u>	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

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



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequada ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
<u>Consenso do Papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

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

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



Se Papel Parental Não Adequado

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

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

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

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

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

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

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

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u>	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u>	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u>	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u>	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u>	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove a utilização de</u>	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<u>vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente	
<u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u>	C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do papel</u>	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflito do papel</u>	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do papel</u>	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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



Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia Instruir PC sobre técnica de fanerotomia Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada

<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20

33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

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

Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					

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

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	

Adaptabilidade familiar																Score total
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)		
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24		

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

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

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

Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

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

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

Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se:

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



Se Processo Familiar Disfuncional

livre)

Intervenções sugeridas

(eliminar o que não se adequa)

- | |
|--|
| Promover a comunicação expressiva das emoções |
| Promover o envolvimento da família |
| Otimizar a comunicação na família |
| Planear rituais familiares |
| Otimizar padrão de assertividade |
| Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família |
| Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família |
| Promover a comunicação expressiva das emoções |
| Promover o envolvimento da família |
| Colaborar na identificação dos papéis familiares |
| Avaliar as dimensões não consensuais do papel |
| Avaliar saturação do papel |
| Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família |
| Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família |
| Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) |
| Requerer Serviço Social |
| Promover estratégias de coping para o papel |
| Promover o suporte da família |
| Requerer serviços de saúde (Psicologia) |
| Promover a comunicação expressiva das emoções |
| Promover o envolvimento da família |
| Avaliar os conflitos do Papel |
| Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família |
| Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família |
| Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) |
| Requerer Serviço Social |
| Promover estratégias de coping para o papel |
| Promover o suporte da família |
| Requerer serviços de saúde (Psicologia) |
| Otimizar padrão de ligação |
| Promover a comunicação expressiva das emoções |
| Promover o envolvimento da família |
| Otimizar a comunicação na família |
| Otimizar padrão de ligação |

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) (Se adequado)

Avaliação de resultados das intervenções

(repetir conforme necessário)

(Especificar as atividades de avaliação)

Data

(colocar resultados/dados)

Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional (<i>eliminar o que não se adequa</i>)
-------------	--

ANEXO III – CUIDADOS PRESTADOS À FAMÍLIA 3

A Família 3 é constituída pelo casal I, do sexo masculino, de 49 anos e J, do sexo feminino, de 56 anos, vendedor e auxiliar de ação médica, respetivamente, sem filhos.

O membro I tem como antecedentes HTA, diagnosticada há cerca de 2 meses (julho 2024), dislipidemia e excesso de peso. O membro J, tem como antecedentes, CA da mama em 2021, endometriose, ansiedade e excesso de peso.

Foram realizadas quatro consultas na USF, com o casal, com uma duração média entre 40 a 60 minutos. De seguida, na Figura 1, encontra-se representado o genograma com a psicofigura de Mitchell.

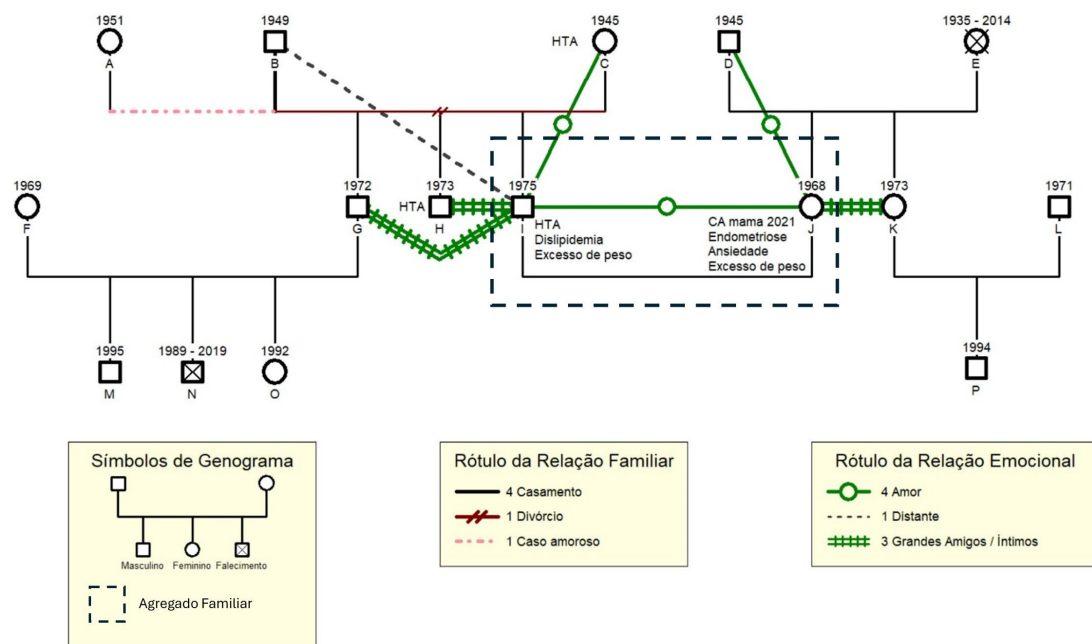


Figura 1 – Genograma com psicofigura de Mitchell da Família 3

A presente família é do tipo casal, já que de acordo com Figueiredo (2012) trata-se de um homem e uma mulher, casados e com o subsistema conjugal e individual presente. Relativamente à família extensa, os membros do casal apresentam um contacto semanal e pessoal com C e D e um contacto quinzenal e pessoal com K, H, G e L, ambos com função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social e ajuda

material e de serviço. De acordo com a psicofigura de Mitchell, os membros I e J apresentam uma relação de amor entre si, ambos apresentam uma relação de amigos muito próximos com os seus irmãos. I apresenta ainda uma relação de amor com C (mãe) e uma relação distante com B (pai), após o divórcio deste com C e J apresenta uma relação de amor com D (pai).

No que concerne aos sistemas mais amplos, conforme se observa no ecomapa representado na Figura 2, o casal apresenta um vínculo intermédio com os serviços de saúde: USF. I apresenta um vínculo forte, com os amigos do trabalho e o amigo M. Por sua vez, J apresenta um vínculo forte com a amiga P, com o grupo da aula de zumba do ginásio e com o grupo religioso da catequese e um vínculo intermédio, com os amigos do trabalho.

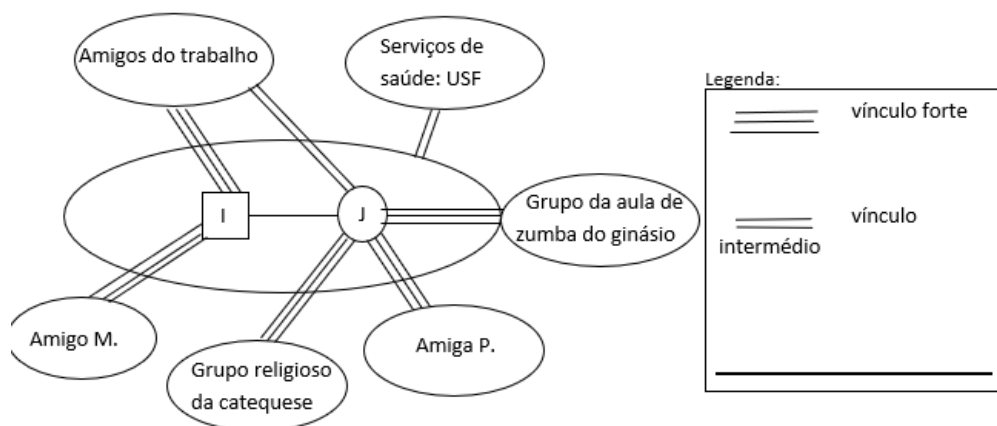


Figura 2 - Ecomapa da Família 3

Esta família situa-se na classe média, com uma pontuação de 15 pontos, acordo com a escala de Graffar adaptado: a profissão é grau três (vendedor por conta própria), a instrução é grau quatro (6º ano escolaridade), origem do rendimento familiar é grau três (rendimentos certos), tipo de habitação é grau dois (casa ou andar bastante espaçosa e confortável) e local de residência grau três. Estes dois últimos dados foram obtidos através do enfermeiro cooperante, que já visitou o edifício residencial da família.

De seguida, encontra-se um quadro resumo com as áreas de atenção avaliadas da dimensão estrutural, sendo que o casal não apresenta animal doméstico.

Quadro 1 – Áreas de atenção da dimensão estrutural

Foco	Dados	Diagnóstico
Rendimento Familiar	Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) = 3.	Rendimento familiar não insuficiente
Edifício Residencial	Casa bastante espaçoso e confortável e com higiene na habitação.	Edifício residencial seguro e não negligenciado
Precaução de Segurança	Ausência de barreiras arquitetónicas e de abastecimento a gás; Presença de aquecimento central – conhecimento do casal sobre a utilização do equipamento.	Precaução de segurança demonstrada
Abastecimento de Água	Água da rede pública.	Abastecimento de água seguro

No que concerne a dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da Satisfação Conjugal e verificou-se: Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas (J: "Sim estou, vamo-nos ajudando um ao outro lá em casa" e I: "Sim ela faz mais umas coisas, eu outras, tem funcionado bem"); Satisfação do casal com o tempo que estão juntos (J: "Claro que não é o que desejava...ambos trabalhamos e temos horários a cumprir, mas dentro daquilo que é possível estou satisfeita" e I: "Concordo, também estou satisfeito."); Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos (I: "Sim, estou satisfeito com a forma como ambos demonstramos aquilo que sentimos" e J: "Eu também") e que o casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião (J: "Sim conseguimos chegar a acordo, embora às vezes não seja fácil" e I: "Sim, temos chegado sempre a um acordo"). Por fim, o casal não conversa sobre as expectativas e receios de cada um (J: "Eu falo sobre os meus medos e receios...mas o meu marido é muito fechado nessas coisas, gosta de se mostrar forte...podia falar mais. Às vezes fico preocupada por achar que está sempre tudo bem com ele." e I: "Não gosto de incomodar os outros, mas também às vezes sinto que faltam oportunidades para conseguir falar no meio da correria do dia-a-dia."). Assim,

foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionada com a não comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um**. Como intervenções destacou-se: **promover a comunicação do casal acerca dos receios e expectativas de cada um e planejar rituais familiares**. Como atividades que concretizam a intervenção foram utilizadas técnicas transversais, como, questões lineares, circulares e reflexivas (como exemplo, acabaram de me dizer que gostavam dos tempos em que iam ambos caminhar juntos, sugerem alguma mudança? Sentem que nesses momentos poderão conseguir conversar acerca dos vossos receios? e As caminhadas também terão uma grande ajuda no controlo da HTA, concordam?) e a técnica de intervenção familiar sistémica específica do ritual familiar. Para esta última, foram realizadas questões reflexivas, como, o que vão fazer? Durante quanto tempo? Em que dias da semana? A que horas? O que precisam de levar? O casal definiu o seguinte ritual: “a partir de hoje vamos caminhar juntos ao passadiço, ao sábado e domingo, 40 minutos e necessitamos de roupa confortável, sapatilhas e água”.

Na última consulta, o casal referiu que conseguiu realizar o ritual planeado referindo que foi uma mais valia, para ambos, aproveitarem o tempo da caminhada para conversarem mais acerca dos receios, medos e expectativas de ambos, mudando assim o status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida relacionada com a comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um**.

Na dimensão funcional, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa do *coping* familiar e as crenças familiares, com questões relacionadas com o diagnóstico de HTA. Foi realizada a colheita de dados para avaliação do *coping* familiar com afirmações, tais como, J: “Sim, ambos temos iniciativa de resolver os problemas, falamos deles entre nós para ter a melhor solução. Temos experiências boas na resolução de problemas, desde quando fui operada e quando o meu marido esteve desempregado. Os amigos e a família sempre nos ajudaram.” e I afirma: “Concordo com a minha esposa. Mesmo agora que fui diagnosticado hipertenso, tive de mudar coisas na minha vida e que terei de manter sempre, tive o apoio da minha esposa nesta

mudança. Mas isso não causou problemas na família e não houve necessidade de recorrer a recursos”. Para além disso os membros foram questionados acerca do impacto que o surgimento da HTA trouxe nos vários subsistemas da família. Ambos os membros referiram que até ao momento, não foram verificadas alterações, nomeadamente, na relação conjugal entre ambos. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar não disfuncional relacionado com *coping* familiar eficaz**.

Relativamente às crenças familiares, foram avaliadas as crenças de saúde, espirituais, religiosas, culturas, dos profissionais de saúde e os valores do casal e constatou-se que esta área de atenção não requereu intervenção, constituindo-se uma força e recurso daquela família.

No que concerne à avaliação da coesão e adaptabilidade da Família 3, aplicou-se a escala de Faces II com um score de 71 pontos no item da coesão, que corresponde a uma família muito ligada e um score de 59 pontos no item da adaptabilidade, que corresponde a uma família muito flexível e a junção de ambos os itens corresponde ao tipo de família equilibrada. Apresenta o *coping* familiar eficaz, essencial para se ajustar ao surgimento de uma doença, mantendo a sua estabilidade e funcionamento nesta transição. Desta forma, podemos afirmar que a Família 3 apresentou uma boa adaptação face ao evento de *stress*, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993).

Relativamente à avaliação individual do membro I, constata-se que este se encontra consciencializado face à doença – “Sou hipertenso, é uma doença para toda a vida e sei que tenho de ter cuidados desde tomar a medicação, uma alimentação cuidada e fazer exercício físico que isso tem efeito na redução do valor da Tensão” e também envolvido neste processo de transição – “estou disposto a fazer o necessário para ter a TA controlada, até ao momento comecei a correr duas vezes/semana e cortei completamente nos fritos”. Relativamente aos indicadores de processo, constata-se que I começou a tomar a medicação conforme prescrição, a praticar exercício e cortou completamente os fritos da alimentação. Estes dados permitem afirmar que I apresenta indicadores de um processo de transição saudável, já com

mudanças de comportamentos essenciais para a autogestão da HTA. A autogestão é reveladora da capacidade de I conseguir gerir ativamente a sua própria condição de saúde, indo de encontro às três competências explanadas por Lorig e Holman (2003).

Relativamente aos indicadores de resultado, I ainda não apresenta o domínio completo de todas as competências necessárias e alteração de todos os comportamentos necessários, pelo que a transição ainda não terminou. Assim, não foram identificados indicadores de resultado.

De seguida, apresentam-se o Quadro 2 com as áreas de atenção do membro I em versão resumida.

Quadro 2 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções ao membro I da Família 3

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	Toma 1 cp de amlodipina 5mg ao PA e 1 cp de atorvastatina 20 mg ao jantar, de acordo com prescrição, tem conhecimento acerca do efeito da medicação, não sabe os efeitos secundários, armazena num local seco e fresco e cumpre os horários das tomas. O significado atribuído ao regime de medicamentoso é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso	- Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso; - Avaliar evolução do conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso;
Padrão alimentar	Não apresenta conhecimento do regime dietético. Faz 5 refeições por dia (PA, lanche, almoço, lanche e jantar). Alimentação à base de grelhados e estufados, com ingestão de hortícolas na sopa e no prato principal e fruta. Não ingere fritos. Do prato fazem parte hidratos de carbono (arroz, batata ou massa) cerca de 1/2, porção de peixe ou de carne e salada ou legumes. Ingere no mínimo 1 l de água por dia. Refere que a esposa adiciona 1 a 2 colheres de sal de sobremesa numa panela com comida para 2 pessoas. O significado atribuído ao regime de dietético é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime dietético	-Ensinar sobre o regime dietético (nomeadamente, a restrição no sal e de alimentos ricos em sal); -Ensinar sobre as doses recomendadas para o prato da refeição; -Ensinar sobre leitura e interpretação de descodificador de rótulos da DGS (2024); -Disponibilizar impresso com descodificador de rótulos da DGS (2024); -Analisar com I a relação entre regime dietético e os valores de PA; -Analisar com I a relação entre regime dietético e o peso corporal; -Avaliar evolução da autogestão do regime dietético;

Padrão de exercício	Corre cerca de 30 min. duas vezes/semana. Começou a ir caminhar com a esposa 40 min. ao fim de semana. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	Até julho de 2024: valores de PAS~160-165mmHg e PAD~85-90 mmHg; 1ª consulta: PA – 138/89 mmHg; FC-70 bpm 2ª consulta: PA – 141/82 mmHg, FC-75 bpm 3ª consulta: PA – 130/85 mmHg, FC-71 bpm 4ª consulta: PA – 136/85 mmHg; FC-73 bpm	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 83 Kg e altura: 1,75 m; IMC=27,1 kg/m2 Perímetro abdominal: 93 cm 4ª consulta: Peso: 81,9 Kg e altura: 1,75 m; IMC=26,8 kg/m2 Perímetro abdominal: 92 cm	Excesso de peso	-Ensinar relação entre perda de peso e melhoria dos valores de PA -Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e os rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e aos rastreios é não dificultador.	_____	_____

Seguidamente, apresenta-se o Quadro 3 com as áreas de atenção do membro J, em versão resumida.

Quadro 3 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções ao membro J da Família 3

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	Não toma e não tem prescrita medicação habitual.	_____	_____
Padrão alimentar	Descrição do regime dietético idêntico ao membro I. O significado atribuído ao regime dietético é não dificultador.	Potencial para melhorar conhecimento acerca da autogestão do regime dietético.	-Ensinar sobre o regime dietético (nomeadamente, a restrição no sal e de alimentos ricos em sal, como os alimentos ultraprocessados); -Ensinar sobre as doses recomendadas para o prato da refeição; -Ensinar sobre leitura e interpretação de decodificador de rótulos da DGS; -Disponibilizar impresso com

			descodificador de rótulos da DGS; -Analisar com J a relação entre regime dietético e o peso corporal; -Avaliar evolução da autogestão do regime dietético;
Padrão de exercício	Já pratica zumba no ginásio, cerca de 2 vezes, por semana, e ao fim de semana propõe-se a ir caminhar com o marido. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício.	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	1ª consulta: PA – 120/55 mmHg; FC-79 bpm	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 75 Kg e altura: 1,68 m; IMC=26,6 kg/m2 Perímetro abdominal: 80 cm 4ª consulta: Peso: 75 Kg e altura: 1,68 m; IMC=26,6 kg/m2 Perímetro abdominal: 80 cm	Excesso de peso	-Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e os rastreios preconizados atualizados. O significado atribuído à vacinação e aos rastreios é não dificultador.	_____	_____

Em suma, foram obtidos ganhos em saúde na Família 3. Nos cuidados prestados à família como um todo, verifica-se uma evolução positiva com mudança do status do diagnóstico para **Satisfação Conjugal mantida manifestada com a comunicação do casal sobre as expectativas e receios de cada um**. As restantes áreas avaliadas, que não necessitaram de intervenção, constituem-se forças e recursos da família.

A nível individual, em ambos os membros, verificou-se uma mudança do status do diagnóstico para **Conhecimento acerca da autogestão do regime dietético**. No membro I verificou-se também uma mudança do status para **Conhecimento acerca da autogestão do regime medicamentoso**, assim como se verificou, uma ligeira diminuição no peso e no perímetro abdominal, entre a primeira e a última consulta e um controlo dos valores de PA ao longo das consultas.

ANEXO IV – CUIDADOS PRESTADOS À FAMÍLIA 4

A Família 4 é constituída pelo casal H, do sexo feminino, de 42 anos e F, do sexo masculino, de 41 anos, enfermeira e fisioterapeuta, respetivamente, e pelo filho L, de oito anos.

O membro H tem como antecedentes HTA, diagnosticada há cerca de 1,5 meses (em julho 2024) e hipertiroidismo. O membro F não tem antecedentes.

Foram realizadas quatro consultas na USF, com o casal, com uma duração média entre 30 a 60 minutos. De seguida, na Figura 1, encontra-se representado o genograma com a psicofigura de Mitchell.

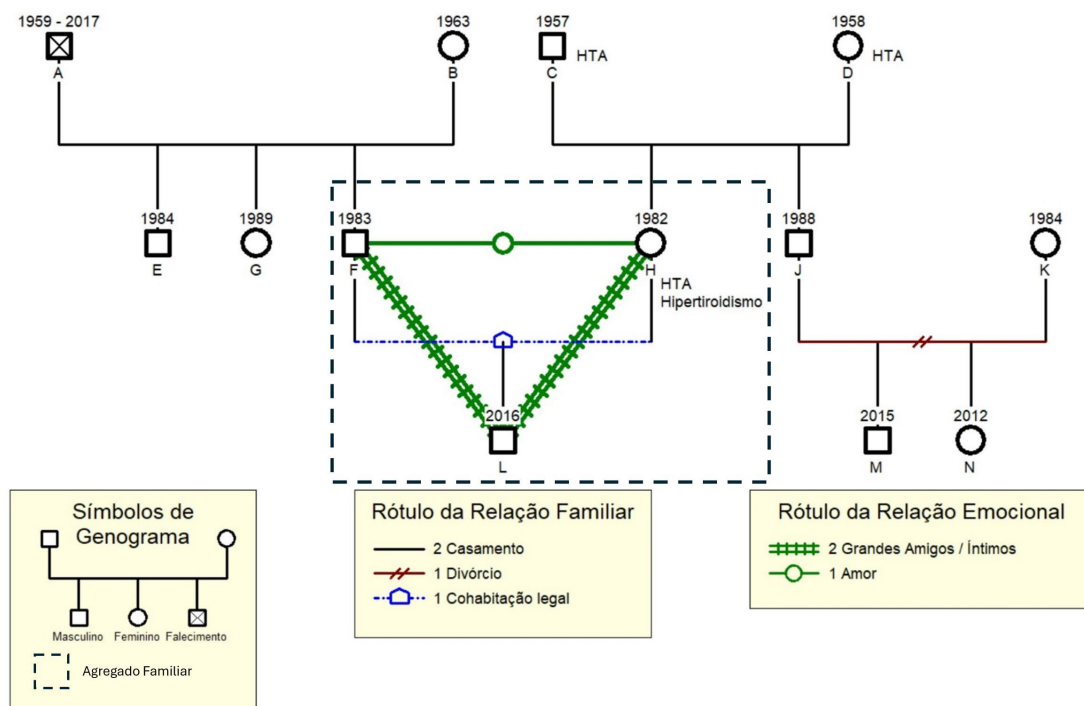


Figura 1 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 4

A presente família é do tipo nuclear, dado que, é constituída por uma mulher, um homem e um filho biológico (Figueiredo, 2012) e encontra-se presente o subsistema conjugal, individual, parental e filial. Relativamente à família extensa, os membros do casal apresentam um contacto semanal e pessoal com B, C, D e J e um contacto quinzenal e pessoal com G e E, ambos com função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos e regulação social. Em relação à psicofigura de Mitchell, F e H apresentam uma

relação de amor e ambos apresentam uma relação de grandes amigos com L (filho).

No que concerne aos sistemas mais amplos, conforme se observa no ecomapa representado na Figura 2, o casal apresenta um vínculo intermédio com os colegas de trabalho, H apresenta um vínculo forte com o grupo do ginásio e F um vínculo intermédio com o mesmo. Por sua vez, L apresenta um vínculo forte com os amigos da escola, o grupo de futebol e um vínculo intermédio com o grupo da catequese. Ambos os membros da família apresentam vínculo forte com os amigos de infância.

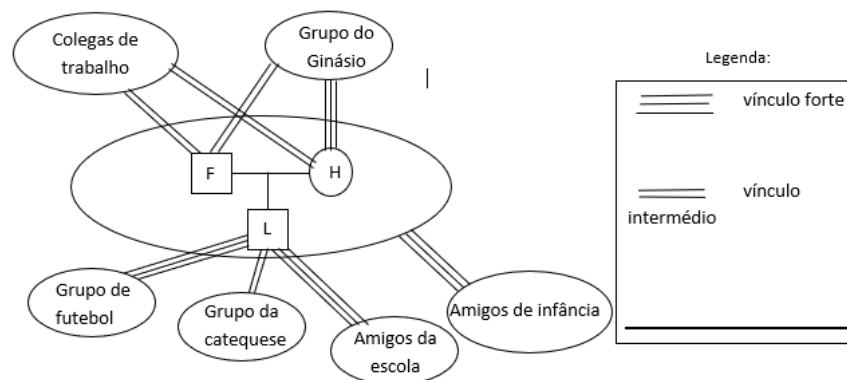


Figura 2 - Ecomapa da Família 4

Esta família pertence à classe média alta, com 12 pontos, na escala de Graffar adaptado: a profissão é grau dois (vencimentos certos), a instrução é grau um (licenciatura), origem do rendimento familiar é grau três (rendimentos certos), tipo de habitação é grau três (habitação em bom estado de conservação e com os eletrodomésticos essenciais) e local de residência grau três. Estes dois últimos dados foram obtidos através do enfermeiro cooperante, que já visitou o edifício residencial da família.

De seguida, encontra-se o Quadro 1 com o resumo das áreas de atenção avaliadas na dimensão estrutural.

Quadro 1 – Focos, dados e diagnósticos da dimensão estrutural

Foco	Dados	Diagnóstico
Rendimento Familiar	Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) = 3	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Edifício Residencial	Habitação em bom estado de conservação e com eletrodomésticos essenciais. Com higiene na habitação	Edifício residencial Seguro não negligenciado
Precaução de Segurança	Ausência de barreiras arquitetónicas e de abastecimento a gás; Presença de aquecimento (ar condicionado) – conhecimento do casal sobre a utilização do equipamento	Precaução de segurança demonstrada
Abastecimento de Água	Água da rede pública	Abastecimento de água seguro
Animal Doméstico	Cão vacinado e desparasitado. Com higiene do animal	Animal doméstico não negligenciado

No que concerne à dimensão de desenvolvimento, esta família situa-se na etapa do ciclo familiar segundo Relvas (2006) – Família com filhos na escola e foram avaliadas as áreas de atenção do Papel Parental, do Planeamento Familiar e a Satisfação Conjugal. Nesta etapa do ciclo vital, os pais devem ser agentes facilitadores da autonomia do filho, simultaneamente, com o ajuste que é necessário aos novos horários e funções exigidas (Figueiredo, 2009; Lima & Nogueira, 2023). Ocorrem alterações na dinâmica familiar, entre as quais, alterações em relação aos horários de lazer, de estudo e das refeições, sendo que a interação com o sistema escola deverá ser o mais harmoniosa e articulada possível, de modo, a garantir a adaptação e o sucesso escolar dos filhos e o ajuste dos pais às novas funções e papéis na família (Martins & Martins, 2017). Numa família, com filhos na escola, surgem duas tarefas essenciais, a continuação de cuidados emocionais e físicos que vão de encontro às necessidades dos filhos e, simultaneamente, ter em conta, os papéis e os valores onde se enquadram, facilitando, assim, a adaptação à cultura onde estão inseridos (Lima & Nogueira, 2023). Assim, a avaliação do Papel Parental, enquanto padrão de interação que inclui o “conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos de reciprocidade, que permitem a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança” (Figueiredo, 2012, p. 85) relevou-se como uma área prioritária a avaliar nesta família. Para além disso, na dimensão de desenvolvimento, a área de atenção

do Planeamento Familiar, enquanto “processo comportamental de regular o número e espaçamento etário das crianças numa família, tendo em conta os costumes e a lei, o número de crianças e adultos ideal ou aceitável na família ou a valorização de um sexo em relação ao outro.” (ICN, 2019, s.p.) relevou-se uma área prioritária a avaliar, dado que, a família apresenta um casal em idade fértil. Neste contexto, os casais devem ter conhecimento e acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes e adequados. Além disso, devem poder recorrer a consultas pré-concepcionais que lhes proporcionem as melhores condições para terem filhos saudáveis (Figueiredo, 2009).

Relativamente ao Papel Parental, o casal apresenta conhecimento e fomenta um padrão alimentar e de ingestão de líquidos adequado para a criança (F: “Sim...fazemos com que ele tenha uma alimentação o mais equilibrada possível assim como a nossa, com redução de gorduras e sal, redução da ingestão de hidratos de carbono e ingestão de fruta/hortícolas. Ele já bebe pelo menos 1 litro de água por dia”); apresenta conhecimento e fomenta um padrão de sono/repouso (H: “Sim sabemos que deve dormir pelo menos as 8h/dia e tentamos ao máximo cumprir essas horas”); um padrão de higiene adequado e de prevenção de cáries (F: “Sim claro que sim, ele já toma banho sozinho, com a nossa supervisão e lava sempre os dentes depois do pequeno almoço e antes de se deitar, desde cedo implementamos a regra também como forma de prevenção de cáries”) e um padrão de exercício adequado à criança (F: “Sabemos que o exercício físico tem uma grande relevância não só em termos físicos como mentais e fomentar desde pequenos o interesse é crucial” e H: “Ele já faz exercício nas aulas de educação física cerca de 3x/semana e ainda pratica futebol como atividade extracurricular”). Para além disso, o casal tem conhecimento e promove práticas de lazer adequadas (H: “Sim ele adora passear, estar com os amigos, jogar futebol. Tentamos proporcionar momentos que sejam benéficos para ele”) e tem conhecimento sobre a prevenção de acidentes (F: “Sempre o alertamos dos perigos para que ele tenha cuidado. Apenas usa os aparelhos eletrónicos com supervisão, assim como idas para a água, seja mar ou piscina” e H: “Além disso temos incutimos para que cumpra as regras de transito enquanto peão, uso de cinto de segurança no carro”). O

casal, apresenta ainda, conhecimento e promove a socialização e autonomia da criança (H: “É fulcral. As amizades, nesta fase, são essenciais e significativas e, por isso, estimulamos para que crie amizades e trabalhos em equipa.” e F: “É verdade, ele adora estar com os amigos, tem vários, os da escola e do futebol. Para além disso, tentamos que ele seja o mais autónomo possível, desde as escolhas de roupa, às atividades extracurriculares que quer frequentar”), assim como, apresenta conhecimento e adere à vigilância de saúde/vacinação, verificando-se em *SClinico*® a comparência de L às consultas de vigilância e o esquema vacinal atualizado. Por fim, o casal sabe a importância de regras estruturantes e implementa-as (F: “Sim, sem dúvida. Ele ainda precisa de saber o que é aceitável e o que não é.” e H: “Sim definimos regras que ele já sabe que tem de cumprir, desde logo definimos horas para se deitar e descansar...é um exemplo”).

Relativamente à adaptação da família à escola constata-se que o casal se reorganizou para adaptação aos novos horários da escola, o L tem um espaço para estudar e os pais participam nas atividades de estudo de L, assim como, nas reuniões e atividades escolares. Verifica-se também consenso do papel, sem conflito ou saturação do mesmo. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Papel Parental adequado**.

Relativamente ao Planeamento Familiar, o casal não planeia ter mais filhos, estão satisfeitos com o contraceptivo usado, a pílula, e o casal apresenta conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, o seu uso e acerca da contraceção de emergência. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Planeamento Familiar eficaz**.

Finalmente, na dimensão de desenvolvimento foi avaliada a Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas da relação dinâmica e da comunicação e pelas afirmações de F e H constatou-se que o casal se apresenta satisfeito com a divisão/partilha das tarefas domésticas, com o tempo que estão juntos, com a forma como cada um expressa os sentimentos, conseguem chegar a acordo quando há discordância de opinião e, finalmente, o casal conversa sobre as

expectativas e receios de cada um. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Satisfação Conjugal mantida**.

Na dimensão funcional, no foco do Processo Familiar foi avaliado o *coping* familiar e as crenças familiares.

Seguem-se algumas afirmações do casal, aquando da colheita de dados para avaliação do *coping* familiar, nomeadamente, no que se relaciona com o diagnóstico recente de HTA de H, tais como, F: “Todos temos iniciativa de resolver os problemas. Por norma, quem identifica o problema começa a pensar em soluções e a outra pessoa depois ajuda e, claro, falamos entre nós com vista a ter uma solução.”; H: “Temos sim experiências positivas a solucionar problemas, por exemplo, quando o nosso filho caiu na escola e foi para o hospital tivemos de contornar o trabalho e dar o devido apoio. Em relação ao diagnóstico de HTA tenho noção das mudanças que tem de haver e, aliás, já as implementei no meu dia a dia. Até ao momento, o diagnóstico de HTA não trouxe consequências nem afetou a vida da minha família”. Para além disso os membros foram questionados acerca do impacto que o surgimento da HTA trouxe nos vários subsistemas familiares. Ambos os membros referiram que até ao momento, não foram verificadas alterações, nomeadamente, na relação conjugal entre ambos. Assim, foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar não disfuncional relacionado com *coping* familiar eficaz**.

No que concerne às crenças familiares, foram avaliadas as crenças de saúde, espirituais, religiosas, culturais, dos profissionais de saúde e os valores do casal e constatou-se que as mesmas não eram dificultadoras de processos de tomada de decisão. Assim, esta área de atenção não requereu intervenção, constituindo-se uma força e recurso da família.

Na avaliação da coesão e adaptabilidade da Família 4, aplicou-se a escala de Faces II com um score de 73 pontos no item da coesão, que corresponde a uma família muito ligada e um score de 64 pontos no item da adaptabilidade, que corresponde a uma família muito flexível e a junção de ambos os itens corresponde ao tipo de família equilibrada. Para além disso, esta família

apresenta um padrão de comunicação e o *coping* familiar eficaz, características essenciais para se ajustar ao surgimento de uma doença, mantendo a sua estabilidade e funcionamento neste processo de transição. Desta forma, podemos afirmar que a Família 4 apresentou uma boa adaptação face ao evento de *stress*, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993).

Relativamente à avaliação individual de F, constata-se que esta se encontra consciencializada face à doença – “Sou hipertensa, sei que é uma doença crónica que pode ter efeitos em vários órgãos, se não tiver controlada. Sei que ter uma alimentação saudável, exercício físico e tomar a medicação é essencial para ter a doença controlada” e também envolvida neste processo de transição – “Tomo todos os dias a medicação ao PA, faço exercício físico – ando no ginásio e tenho uma alimentação saudável para ter a HTA controlada”. Na avaliação dos indicadores de processo, F descreve que além de tomar a medicação prescrita, mudou completamente os estilos de vida, desde a prática regular de exercício físico e uma alimentação o mais saudável possível. Estes dados permitem verificar que F apresenta a capacidade de conseguir gerir ativamente a sua própria condição de saúde, indo de encontro às três competências do processo de autogestão, explanadas por Lorig e Holman (2003). F já integra o domínio de novas competências necessárias neste processo adaptativo, pelo que podemos afirmar que além de apresentar indicadores de processo de uma transição saudável, apresenta também indicadores de resultado, indicadores do final da transição (Meleis, 1010).

De seguida, apresenta-se o Quadro 2 com as áreas de atenção de F.

Quadro 2 - Domínios, dados, diagnósticos e intervenções do membro F

Domínios	Dados	Diagnósticos	Intervenções
Autogestão do regime medicamentoso	Toma 1 cp de metimazol 5 mg e 1 cp de candesartan 8 mg ao PA, tem conhecimento acerca dos efeitos secundários e das condições de armazenamento da medicação. O significado atribuído ao regime de medicamentoso é não dificultador.	Autogestão do regime medicamentoso	_____
Padrão alimentar	Faz 5 a 6 refeições por dia. Alimentação à base de grelhados e cozidos, com ingestão de hortícolas e fruta, com	Autogestão do regime dietético	_____

	restrição da ingestão de hidratos de carbono e gorduras. Ingere no mínimo 1,5 l de água por dia. Não acrescenta sal na comida. O significado atribuído ao regime de dietético é não dificultador.		
Padrão de exercício	Frequenta o ginásio 2 a 3 vezes por semana, cerca de 1h de cada vez, onde faz essencialmente exercícios de cardio. O significado atribuído ao regime de exercício é não dificultador.	Autogestão do regime de exercício	_____
Sistema Cardiovascular [HTA]	Até julho de 2024: valores de PAS~145-150 mmHg e PAD~85-90 mmHg; 1ª consulta: PA – 119/81 mmHg; FC-68 bpm 2ª consulta: PA – 127/88 mmHg, FC-75 bpm 3ª consulta: PA – 131/89 mmHg, FC-79 bpm 4ª consulta: PA – 130/79 mmHg; FC-71 bpm	_____	-Avaliar evolução da PA e FC;
Desenvolvimento do adulto	1ª consulta: Peso: 70 Kg e altura: 1,68 m; IMC=24,8 kg/m2 Perímetro abdominal: 69 cm	_____	-Avaliar evolução do Peso, IMC e Perímetro abdominal
Comportamento de procura de saúde [vacinação e rastreios]	Apresenta a vacinação e rastreios atualizados. O significado atribuído à vacinação e aos rastreios é não dificultador.	_____	_____

O membro H não apresenta antecedentes pessoais, nem uso de substâncias e apresenta a vacinação atualizada. Foi feita uma abordagem aos estilos de vida saudáveis, nomeadamente, na alimentação e na prática de exercício com o objetivo da promoção da saúde. Verifica-se que apresenta uma alimentação idêntica à esposa, assim como uma prática de exercício físico idêntica.

Na Família 4 apenas foi realizada intervenção na abordagem de estilos de vida saudáveis no membro H, essencial para a promoção da saúde. No entanto, toda a atividade diagnóstica possibilitou a identificação de forças e recursos da família. Assim, foi fundamental escutar e elogiar os membros da família, perante o equilíbrio da dinâmica familiar face à transição acidental.

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, estou a desenvolver um estágio de natureza profissional sob orientação das professoras Maria José Peixoto e Ana Isabel Vilar e do enfermeiro cooperante X.

Este estágio tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem a “Famílias em transição accidental com membro portador de Hipertensão Arterial”. Este tema surgiu após a análise de uma amostra accidental de 60 famílias do ficheiro do enfermeiro cooperante, que recorriam à USF para consultas de enfermagem. Na colheita de dados com as 60 famílias constatei que estas não se apresentavam associadas ao Programa Saúde da Família. Assim, este questionário tem como objetivo identificar o conhecimento da equipa de enfermagem da USF relativamente ao potencial do *SClínico*® para o registo dos cuidados de enfermagem no que concerne aos cuidados prestados às famílias, que tem por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte são apresentadas questões relacionadas com dados pessoais e profissionais da equipa de enfermagem e na segunda parte são apresentadas questões acerca da documentação dos cuidados de enfermagem no *SClínico*®, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, assim como acerca do modelo de referência, o MDAIF.

Está garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, estes apenas serão utilizados para o desenvolvimento do presente trabalho.

Parte I – Dados Pessoais e Profissionais

1 - Idade: ____

2 - Sexo: F ☐ M ☐

3 - Grau académico: Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

4 - Apresenta especialidade numa área de enfermagem? Sim ☐ Não ☐

4.1 - Se respondeu “sim”, Qual? _____

5 - Tempo de exercício profissional em USF: _____

6 - Tem alguma formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar:

Sim ☐ Não ☐

6.1 - Se respondeu “Sim”, em que contexto teve essas formações:

Formação académica ☐ Formação em serviço ☐ Autoformação ☐
Outros contextos (congressos, simpósios, ...) ☐

Parte II – Documentação dos cuidados de enfermagem no *SClínico* no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar tendo por base o MDAIF

Responda às questões colocando uma cruz (X)

1. A saúde familiar pode definir-se como:

- ☐ A saúde de cada indivíduo.
- ☐ A saúde de cada membro da família individualmente e os aspetos relacionados com o funcionamento da família como um todo.
- ☐ A prestação de cuidados a pessoas com doenças crónicas.

2. Que importância dá aos registos dos cuidados de enfermagem prestados à família enquanto cliente?

- ☐ Nada importante
- ☐ Pouco importante.
- ☐ Importante.
- ☐ Muito importante.

3. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa não me sinto competente e 10 significa sinto-me muito competente, como classifica a sua capacidade para prestar cuidados à família enquanto cliente?

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

4. No *SClínico* conhece o programa “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

4.1. Se respondeu “Sim” anteriormente costuma fazer registos no mesmo?

☐ Sim

☐ Não

4.1.1. Se respondeu “sim” em 4.1, quando abre o programa o que costuma documentar?

☐ Tipo de Família.

☐ Etapa do Ciclo Vital.

☐ Classe social

☐ Características do edifício residencial

☐ Outro: _____

4.1.2 Se respondeu “não” em 4.1, indique o motivo pelo qual não o faz:

☐ Falta de tempo.

☐ Só ouvi falar do programa, mas não sei utilizar.

☐ Registo limitado, com necessidade de recorrer a notas em texto livre.

☐ Outro motivo. Especifique: _____

5. Gostaria de ter formação acerca do programa de “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

6. Mencione as vantagens de documentar os cuidados de enfermagem no âmbito do programa “Saúde da Família”.

7. Mencione as maiores dificuldades percecionadas na avaliação e intervenção da família enquanto cliente.

8. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico com conceitos centrais da família e da saúde familiar, com orientação para a prática, que permite a identificação das necessidades, das forças e dos recursos das famílias (Figueiredo, 2012). Conhece este referencial teórico?

- ☐ Sim
☐ Não

8.1 Se respondeu “sim” anteriormente, selecione como V (verdadeiro) ou F (falso) as seguintes afirmações:

- ☐ O MDAIF é um modelo com aplicação prática, essencial para avaliação e intervenção nas famílias.
- ☐ O MDAIF apresenta 3 grandes dimensões avaliativas: dimensão estrutural, de crescimento e funcional.
- ☐ A enfermagem de saúde familiar tem como foco a família como um todo.
- ☐ O Genograma e Ecomapa não são instrumentos de avaliação familiar.
- ☐ O animal doméstico é uma área de atenção da dimensão avaliativa “Desenvolvimento” do MDAIF.
- ☐ O papel de prestador de cuidados é uma área de atenção da dimensão “Estrutural” do MDAIF.
- ☐ A saturação do papel de prestador de cuidados é uma área de atenção da dimensão “Funcional” do MDAIF.

9. Considera relevante aprofundar os conhecimentos acerca da documentação dos cuidados no *SClínico* e acerca do MDAIF?

- ☐ Sim
☐ Não

Obrigada pela colaboração!

Daniela Cristina Azevedo Brandão

ANEXO VI – ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

Parte I: Dados pessoais e profissionais dos Enfermeiros da USF

Quadro 1 - Caracterização dos Enfermeiros da USF

Variáveis	Resultados (Frequência absoluta - n)		
Idade	[40, 50]	]50, 60]	]60, 70]
	n=6	n=0	n=1
Sexo	Masculino	Feminino	
	n=2	n=5	
Grau académico	Licenciatura	Mestrado	
	n=6	n=1	
Categoria Profissional	Enfermeiro não especialista	Enfermeiro especialista	
	n=3	n=4	
Área de especialização	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermagem Comunitária	Enfermagem de Reabilitação
	n=1	n=2	n=1
Formação na área de Enfermagem Saúde Familiar	Sim	Não	
	n=3	n=4	
Contexto da formação	Formação académica	Autoformação	
	n=1	n=2	
Anos de exercício profissional	[15, 20]	]20, 25]	
	n=4	n=3	

Parte II: Documentação dos cuidados de enfermagem no *SClínico*® no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

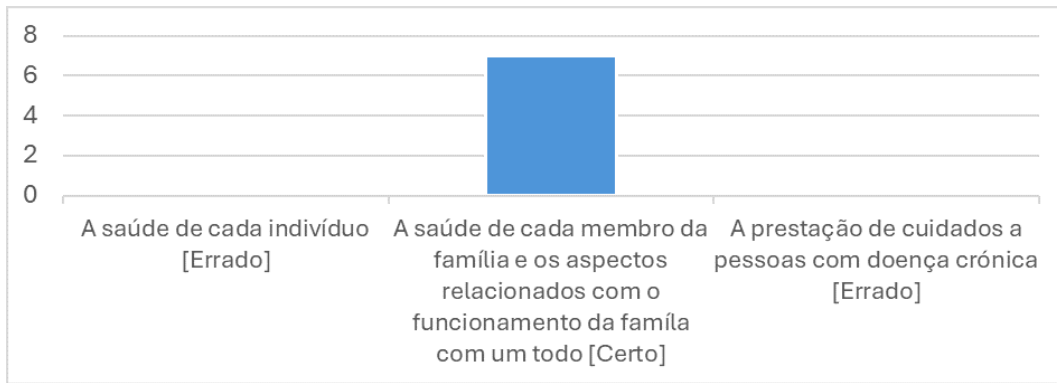


Gráfico 1 - Definição de saúde familiar

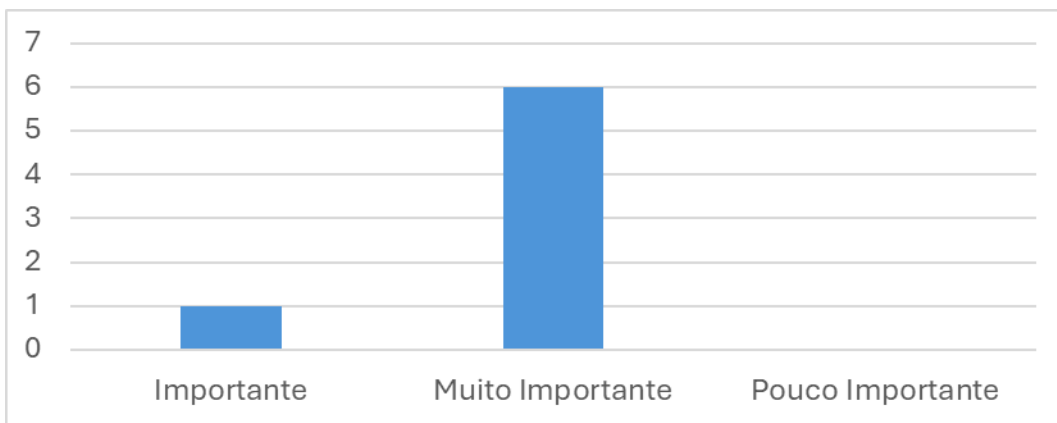


Gráfico 2 – Perceção dos enfermeiros sobre a importância dos registos dos cuidados de enfermagem prestados à família enquanto cliente

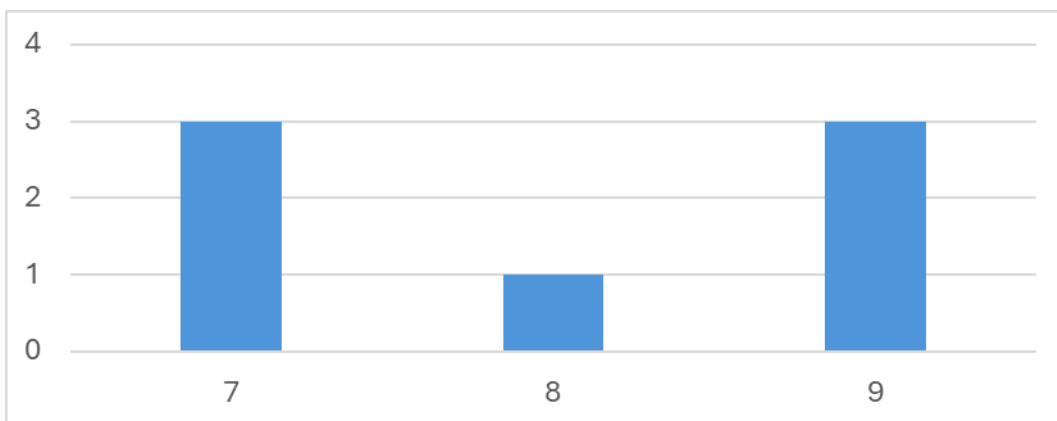


Gráfico 3 - Classificação numa escala de 1 a 10 sobre a capacidade para prestar cuidados à família enquanto cliente

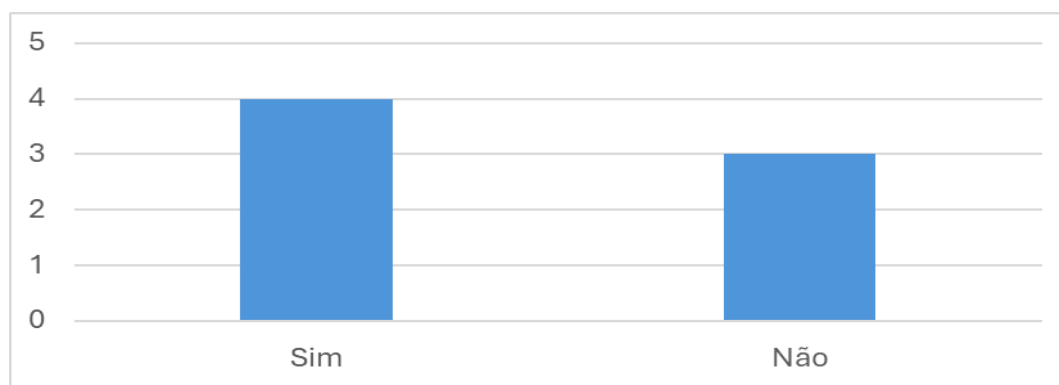


Gráfico 4 - Conhecimento do Programa Saúde da Família no *SClinico*®

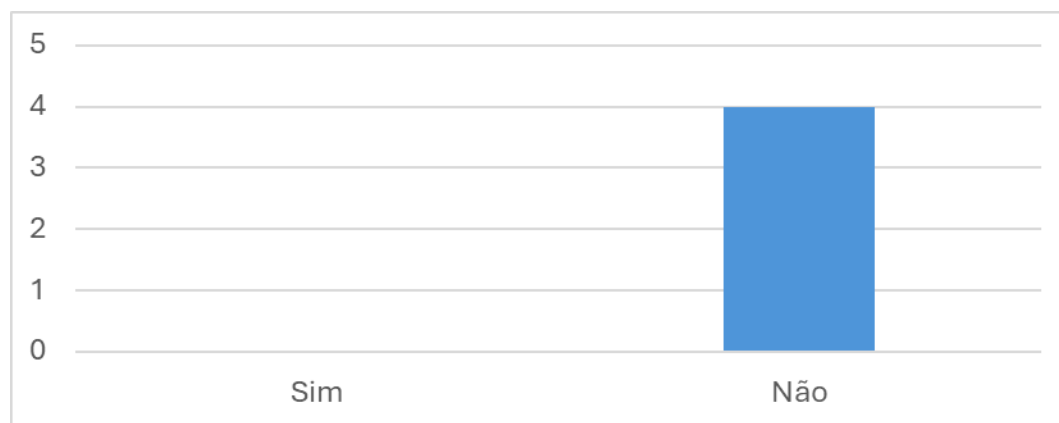


Gráfico 5 - Número de enfermeiros que fazem registo no Programa Saúde da Família

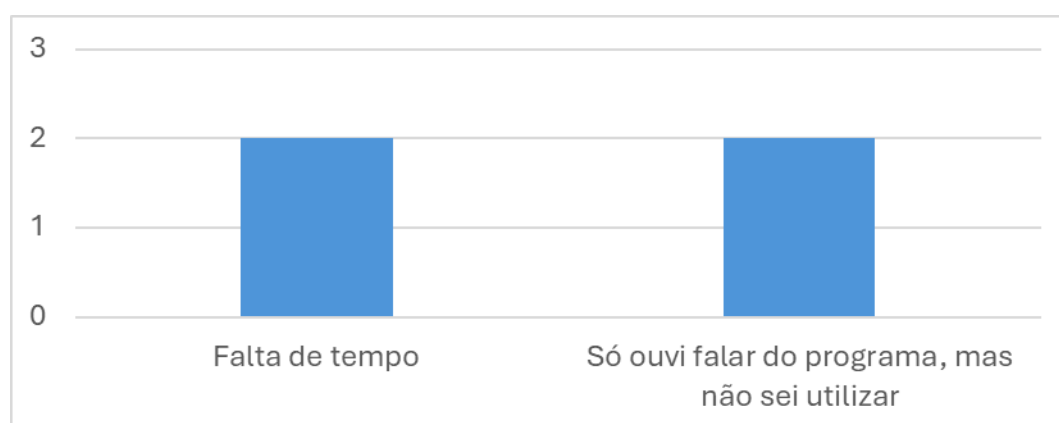


Gráfico 6 - Motivos para não realizar registos no Programa Saúde da Família

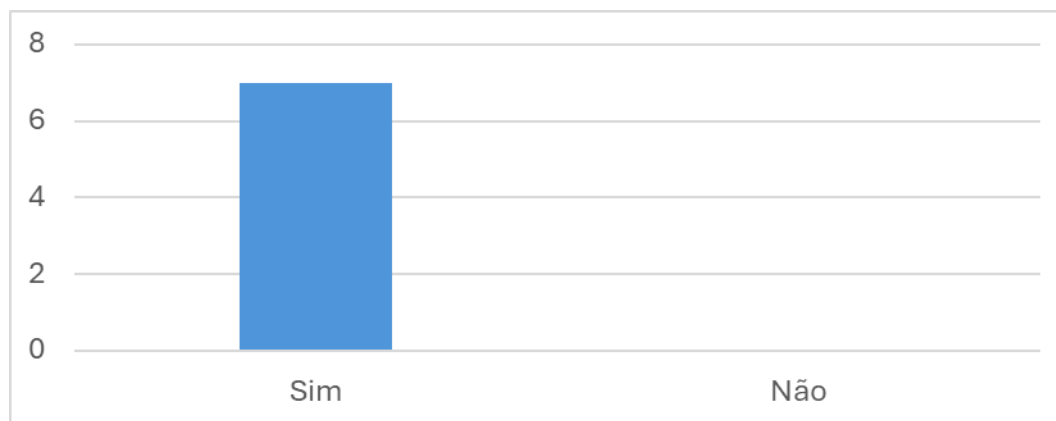


Gráfico 7 - Número de enfermeiros que quer ter formação acerca do Programa da "Saúde da Família"

Quadro 2 - Vantagens de documentar os cuidados de enfermagem no âmbito do Programa Saúde da Família

Elemento	Resposta
1	Continuidade de cuidados e melhor conhecimento da família
2	Cuidados mais adaptados à necessidade do agregado familiar
3	Intervenções dirigidas à família e não individualmente a cada elemento
4	Melhor avaliação da família e dos objetivos de melhoria a definir
5	Ter documentado todos os elementos da família para poder intervir de uma forma mais correta e melhor perceber os resultados obtidos
6	Todos os registos devem ser documentados
7	Todos os registos são muito importantes e permitem identificar a avaliação efetuada antes e depois do planeamento das intervenções na família

Quadro 3 - Principais dificuldades percecionadas na avaliação e intervenção da família enquanto cliente

Elemento	Resposta
1	Desconhecimento da família; baixa frequência das consultas; falta de colaboração
2	Falta de colaboração; Falta de tempo
3	Falta de registos
4	Falta de tempo
5	Falta de tempo
6	Falta de tempo para a realização de intervenções
7	Falta de tempo; baixo interesse e disponibilidade das famílias

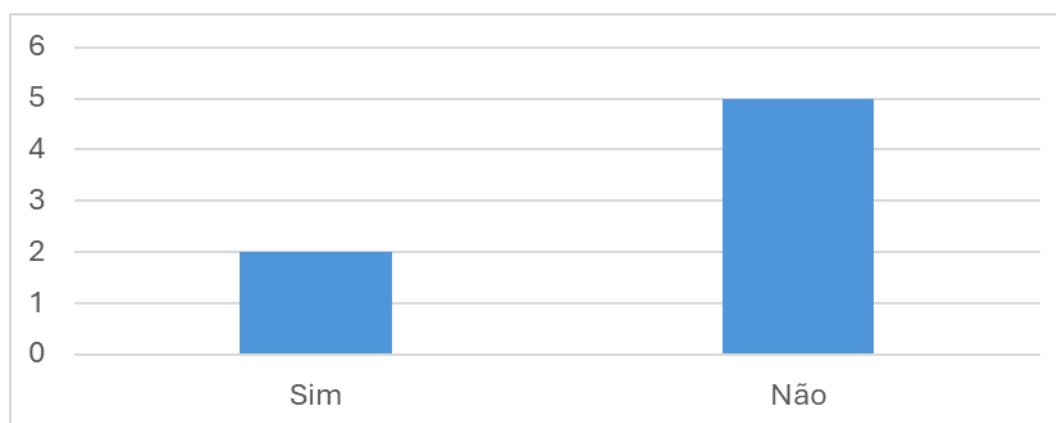


Gráfico 8 - Número de enfermeiros que conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar (MDAIF)

Quadro 4 - Resultados das questões sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar (MDAIF)

Questões	Certo	Errado
O MDAIF é um modelo com aplicação prática, essencial para a avaliação e intervenção nas famílias (Verdadeiro)	100%	0%
O MDAIF apresenta 3 grandes dimensões avaliativas: dimensão estrutural, de crescimento e funcional (Falso)	0%	100%
A enfermagem de saúde familiar tem como foco a família com um todo (Verdadeiro)	50%	50%
O Genograma e Ecomapa não são instrumentos de avaliação familiar (Falso)	100%	0%
O animal doméstico é uma área de atenção da dimensão avaliativa (Falso)	100%	0%
O papel de prestador de cuidados é uma área de atenção da dimensão "Estrutural" do MDAIF (Falso)	50%	50%
A saturação do papel de prestador de cuidados é uma área de atenção da dimensão "Funcional" do MDAIF (Verdadeiro)	100%	0%

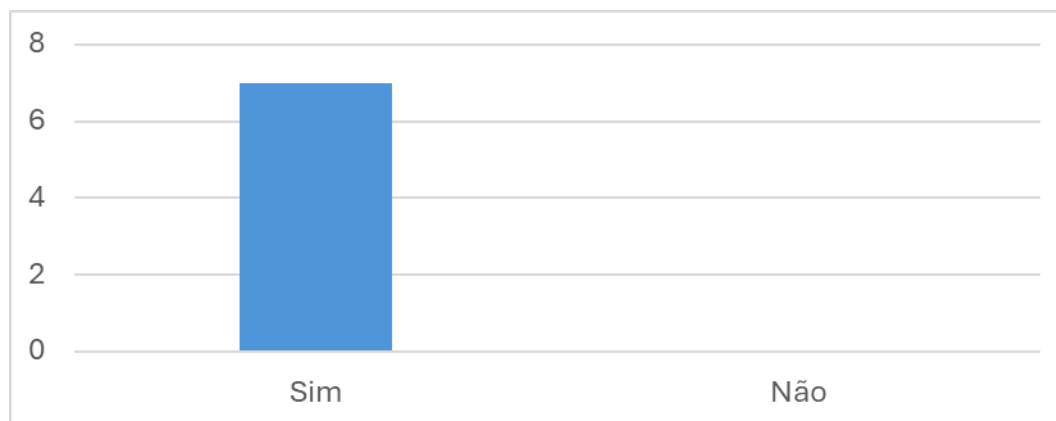


Gráfico 9 - Número de enfermeiros que consideram relevante aprofundar os conhecimentos acerca da documentação dos cuidados no SClinico® e acerca do MDAIF

ANEXO VII – PLANO DE FORMAÇÃO

Título da formação: Documentação em Enfermagem de Saúde Familiar

Formadora: Daniela Cristina Azevedo Brandão

Local: Unidade de Saúde Familiar X

Enquadramento

A prática clínica dos enfermeiros baseia-se na qualidade dos cuidados prestados que satisfazem as necessidades dos indivíduos e famílias (DGS, 2017c). A documentação dos cuidados de enfermagem é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, a segurança e a qualidade dos cuidados. Para além disso, a documentação adequada protege os profissionais de saúde e os utentes em termos legais (Brooks, 2021).

A sobrecarga de trabalho e a falta de formação específica são fatores dificultadores da documentação dos cuidados prestados (Bjerkan et al., 2021). A DGS (2017c) afirma que uma das estratégias que permite uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde é com base numa ferramenta segura que permita uma uniformização, contribuindo para a redução da informação omissa e assegurando a continuidade dos cuidados.

Uma ferramenta que permite a documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar é o sistema informático *SClínico*® que tem como base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este é considerado um referencial teórico e operativo, que tem como objetivo dar resposta às necessidades das famílias identificadas pelos enfermeiros, no âmbito da enfermagem saúde familiar, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiar (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2012).

Atualmente vários estudos verificam os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem através da análise da documentação dos cuidados

prestados às famílias, na sua avaliação e intervenção com base no MDAIF (Ferreira et al., 2020; Murteiro et al., 2021).

Descrição do plano formativo

Porquê	Para quê	Quem	População alvo	O quê? (atividades e conteúdos)	Quando?	Como? (metodologia e recursos)
Com a análise das necessidades formativas verificou-se: -Numa amostra accidental de 60 famílias do enfermeiro cooperante, nenhuma destas se encontrava associada ao Programa de Saúde da Família, não apresentava registo na avaliação inicial das famílias nem no processo familiar; - Numa análise aleatória de 28 famílias dos vários enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem, nenhuma destas se encontrava associada ao Programa Saúde da Família, não apresentava registo na avaliação inicial das famílias nem no processo familiar; - Através da aplicação de um questionário à equipa de enfermagem da USF, constatou-se que apenas dois enfermeiros conhecem o MDAIF e quatro enfermeiros conhecem o Programa de Saúde da	Objetivos gerais: - Aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca do MDAIF; - Apresentar o potencial do <i>SClinico®</i> para a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias; Objetivos específicos: - Apresentar o MDAIF como um referencial teórico e operativo na prática de Enfermagem de Saúde Familiar; - Definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família; - Conhecer as três dimensões avaliativas das famílias do MDAIF: estrutural, de desenvolvimento e a funcional; - Descrever as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão avaliativa do	Daniela Brandão	Equipa de enfermagem da USF	Ação formativa: - Apresentar o MDAIF como um modelo de referência para avaliação e intervenção às famílias; - Explicar os conceitos centrais do MDAIF: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à família; - Explicar a matriz operativa do MDAIF e as áreas de atenção de cada dimensão; - Referir onde realizar a documentação dos cuidados de enfermagem à família no <i>SClinico®</i>; - Demonstração da documentação dos cuidados prestados a uma família no <i>SClinico®</i>.	Sessão de formação dia 22 de novembro de 2024, das 14h às 15h, com duração de 60 minutos.	Recursos: - Computador; - Vídeo projetor; - Apresentação PowerPoint. Método: - Expositivo; - Demonstrativo; - Interrogativo.
				Sessões de coaching individual:	De dia 22 de novembro de 2024 a 21 de	Recurso: - Computador com o

Família, mas nenhum o aplica por falta de tempo e por não saber utilizá-lo; - Todos os elementos da equipa de enfermagem consideram relevante a formação acerca do MDAIF e da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no <i>SClínico®</i>.	MDAIF; - Descrever as dimensões operativas de cada área de atenção do MDAIF; - Descrever onde deve ser feita a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no <i>SClínico®</i>: na avaliação inicial, no processo familiar e no Programa Saúde da Família - Explorar as funcionalidades do <i>SClínico®</i> para a documentação dos cuidados; - Demonstrar como se faz a documentação dos cuidados às famílias no <i>SClínico®</i>; - Fomentar a prática de documentar os cuidados de enfermagem às famílias no <i>SClínico®</i>. Finalidade: melhorar a qualidade da documentação realizada pela equipa de enfermagem, no âmbito da Saúde Familiar.			- Acompanhar de forma ativa cada elemento da equipa de enfermagem, na documentação dos cuidados prestados às famílias no <i>SClínico®</i>.	janeiro de 2025	<i>SClínico®</i>. Método: - Ativo
--	---	--	--	---	-----------------	---

Cronograma de atividades do plano formativo

Atividades	Semanas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Elaboração de um instrumento de colheita de dados																				
Aplicação do instrumento de colheita de dados																				
Análise dos dados																				
Elaboração de um plano de formação																				
Elaboração do cronograma de atividades																				
Construção da apresentação da sessão formativa																				
Elaboração de uma folha de presença dos formandos																				
Construção de um instrumento de avaliação de satisfação da ação de formação																				
Apresentação da ação formativa																				
Aplicação do instrumento de avaliação da satisfação da ação formativa																				
Análise dos resultados do instrumento de avaliação da satisfação da ação formativa																				
Aplicação de um instrumento de avaliação do conhecimento dos formandos (o mesmo questionário inicial)																				
Análise dos resultados do instrumento de avaliação do conhecimento dos formandos																				
Acompanhamento à equipa de enfermagem na documentação dos cuidados prestados às famílias																				
Verificar a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no <i>SCLínico</i> , numa amostra de famílias aleatória																				
Análise dos resultados																				

ANEXO VIII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DE SESSÃO					
FORMADOR:	Daniela Cristina Azevedo Brandão				
DATA:	22/11/24				
DURAÇÃO:	1h				
TEMA:	Documentação em Enfermagem de Saúde Familiar				
PÚBLICO ALVO:	Equipa de Enfermagem da USF				
OBJECTIVOS GERAIS:	No final da sessão os formandos deverão: - Aumentar o conhecimento acerca do MDAIF; - Conhecer o potencial do <i>SClinico</i> para a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias;				
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	No final da sessão os formandos deverão: - Identificar o MDAIF como um referencial teórico e operativo para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar; - Conseguir definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família; - Conhecer as três dimensões avaliativas das famílias do MDAIF: estrutural, de desenvolvimento e a funcional; - Descrever as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão avaliativa do MDAIF; - Descrever as dimensões operativas de cada área de atenção do MDAIF; - Conseguir descrever onde deve ser feita a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no <i>SClinico</i>: na avaliação inicial, no processo familiar e no programa "Saúde da Família". - Conseguir descrever como realizar a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no <i>SClinico</i>.				
MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TECNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução	-Apresentação: da formadora, do tema, da razão para a sessão de formação e dos objetivos da mesma; - Estabelecer uma relação empática entre formador – formando.	Expositivo/interativo	Sala, Computador, Tela de projeção		5 min
Desenvolvimento	- Apresentação do MDAIF; - Conceitos centrais do MDAIF; - Dimensão estrutural e as áreas de atenção; - Dimensão de desenvolvimento e as áreas de atenção; - Dimensão funcional e as áreas de atenção; - Documentação no <i>SClinico</i> no âmbito dos cuidados prestados às famílias na avaliação inicial, no processo familiar e no programa "Saúde da Família"; - Demonstração da documentação dos cuidados prestados a uma família no <i>SClinico</i>.	Expositivo/demonstrativo			40 min
Conclusão	Síntese da sessão, esclarecimento de dúvidas e avaliação da percepção dos formandos sobre a sessão de formação.	Expositivo/ interativo		Aplicação do questionário de avaliação da satisfação da formação	15 min

ANEXO IX – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA



DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR



DANIELA BRANDÃO, EP 4688

CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM D

E SAÚDE FAMILIAR

Sumário



- Objetivos Gerais e Específicos;
- Conceitos centrais do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Matriz operativa do MDAIF;
- Documentação dos cuidados de enfermagem à família no *SClínico*.

Objetivos gerais e específicos

Gerais:

- Aumentar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca do MDAIF;
- Apresentar o potencial do *SClínico* para a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias;

Específicos:

- Apresentar o MDAIF como referencial teórico para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família;
- Conhecer as três dimensões avaliativas das famílias do MDAIF: a estrutural, de desenvolvimento e a funcional;
- Descrever as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão avaliativa do MDAIF;
- Descrever as dimensões operativas de cada área de atenção do MDAIF;
- Descrever onde deve ser feita a documentação dos cuidados de enfermagem às famílias no *SClínico*;
- Demonstrar como se faz a documentação dos cuidados às famílias no *SClínico*;



SClínico
Sistema de Cuidados de
Saúde Primários

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

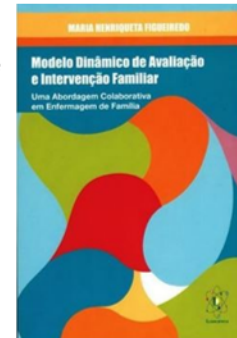
- O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico com orientação para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar. (Figueiredo, 2012)
- Em dezembro de 2011 foi adotado como o modelo de referência pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). Desde março de 2023 é o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), o modelo de referência adotado pela OE. (OE, 2023; Wright & Leahey, 2012)
- Reconhecido pela *International Family Nursing Association* (IFNA) como um instrumento orientador da prática de Enfermagem de Saúde Familiar. (IFNA, n.d.; Murteiro et al., 2021)



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

- O MDAIF é alicerçado no pensamento sistémico e tem por base a Teoria Geral de Sistemas, a Teoria da Comunicação Humana e a Cibernética. (Figueiredo, 2012)

- Construído com base no Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e no Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF). (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012)



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: conceitos

Família

- ✓ A família pode se definir como um conjunto de pessoas que apresentam relações, interagem entre si e os seus vínculos.
- ✓ A família como um todo é mais que a soma das suas partes.

(Figueiredo, 2012)

Saúde Familiar

- ✓ Um estado subjetivo que contempla aspetos relativos ao funcionamento da família como um todo e a saúde de cada membro individualmente.

(Figueiredo, 2012)

Ambiente Familiar

- ✓ Conjunto de fatores humanos, económicos, políticos, sociais e organizacionais que se ligam e influenciam entre si.

(Figueiredo, 2012)

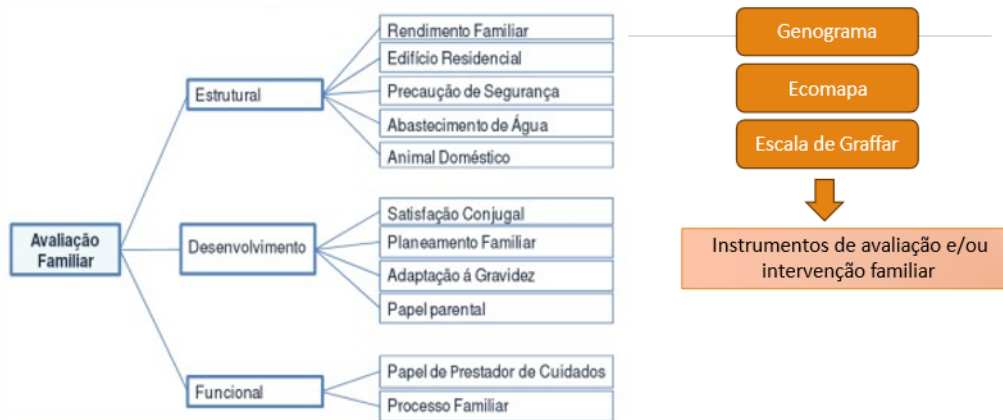
Cuidados de Enfermagem à Família

- ✓ Interação entre o enfermeiro e a família, num processo interpessoal e terapêutico que tem como objetivo a prestação de cuidados com base na capacitação da família ao longo do ciclo vital.

(Figueiredo, 2012)

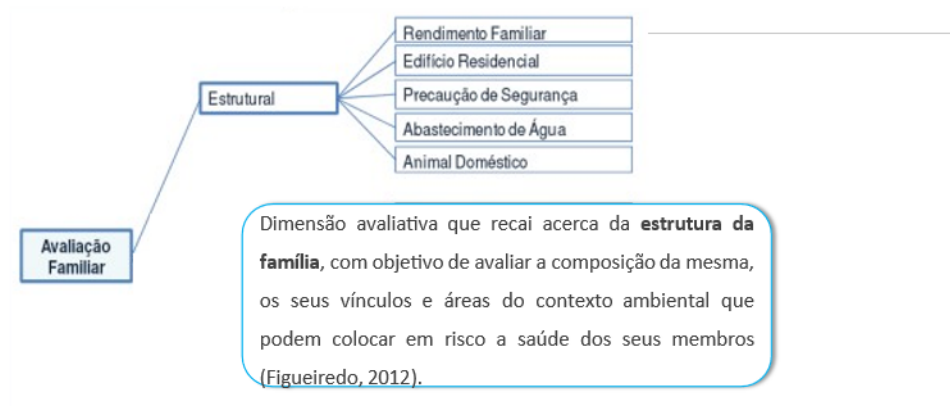


Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: matriz operativa



Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" de Figueiredo (2012), p. 104.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão estrutural



Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" de Figueiredo (2012), p. 104.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão estrutural

Áreas de atenção	Dimensões operativas
Rendimentos familiares	Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
Edifício residencial	Conhecimento sobre os riscos do edifício residencial não seguro Conhecimento sobre governo da casa Conhecimento sobre os riscos de deficiente higiene habitacional
Precaução de segurança	Conhecimento sobre utilização de equipamentos para aquecimento Conhecimento sobre utilização de equipamentos a gás Conhecimento sobre estratégias de adaptação de barreiras arquitetónicas
Abastecimento de água	Conhecimento sobre controlo da qualidade da água Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Animal doméstico	Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Conhecimento sobre serviços da comunidade Conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico

Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" Figueiredo (2012), p. 78.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão de desenvolvimento



Dimensão avaliativa que possibilita o entendimento dos fenómenos relacionados com o **crecimento da família**, promovendo a sua **capacitação** através de tarefas fundamentais para cada etapa do ciclo vital e preparando-a para futuras **transições** (Figueiredo, 2012).

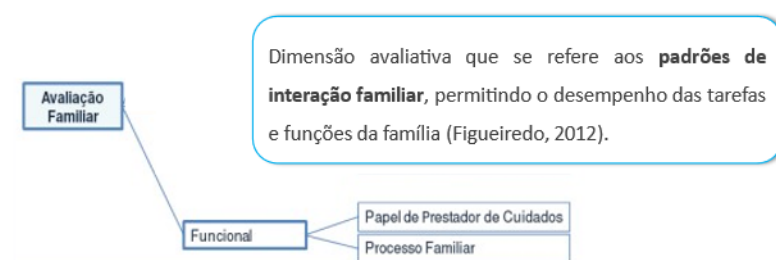
Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" Figueiredo (2012), p. 104.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão de desenvolvimento

Áreas de atenção	Dimensões operativas
Satisfação conjugal	Relação dinâmica do casal Comunicação do casal Interação sexual Função sexual
Planeamento familiar	Fertilidade Conhecimento sobre vigilância pré -concepcional Uso de contraceptivo Conhecimento sobre reprodução
Adaptação à gravidez	Conhecimento Comunicação Comportamentos de adesão
Papel parental	Conhecimento do papel Comportamentos de adesão Adaptação da família à escola Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel

Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" de Figueiredo (2012), p. 79.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão funcional



Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" de Figueiredo (2012), p. 104.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: dimensão funcional

Áreas de atenção	Dimensões operativas
Papel de prestador de cuidados	Conhecimento do papel Comportamento de adesão Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel
Processo familiar	Comunicação familiar Coping familiar Interação de papéis familiares Relação dinâmica Crenças familiares

Adaptado de "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família" de Figueiredo (2012), p. 95.

Documentação dos cuidados no *SClinica*: Avaliação inicial

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome:

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: N° Utente: N° Processo:

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - MDAIF
 - DIMENSÃO ESTRUTURAL
 - DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO
 - DIMENSÃO FUNCIONAL (PPC)
 - DIMENSÃO FUNCIONAL (*Proc.Fam.)
 - OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por Data Hora

POR PROGRAMA

Serviço N° Contacto

Documentação dos cuidados no *SClínica*: Processo Familiar

Habitação

Data de registo: 21-10-2024

Regime de ocupação

Alugamento: Alugamento móvel, Apartamento, Barraca/casebre, Desconhecido, Hotel/pensão, Instituição, Moradia, Outro, Quarto/parte de casa, Sem alojamento

Estado geral de conservação

Bom, Desconhecido, Mau, Razoável

Casa de banho

Desconhecido, Fora do alojamento, Inexistente, No alojamento

Higiene

Bom, Desconhecido, Má, Razoável

Água

Desconhecido, Não, Sim

Distribuição

Desconhecido, Fontanário a - de 100m de casa, Fontanário a - de 100m de casa, Fora do alojamento, No alojamento

Origem

Desconhecido, Particular, Rede pública

Electricidade

Desconhecido, Não, Sim

Barreiras arquitectónicas

Desconhecido, Não, Sim

Mobiliário e equipamento básico

Desconhecido, Insuficiente, Suficiente

Documentação dos cuidados no *SClínica* no programa "Saúde da Família"

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____ Idade: _____ Nº Utente: _____ Nº Processo: _____

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição: Avaliar abastecimento de água, Avaliar adaptação à gravidez, Avaliar conhecimento sobre animal doméstico, Avaliar crença religiosa, Avaliar habitação, Avaliar papel de prestador de cuidados, Avaliar papel parental, Avaliar planeamento familiar, Avaliar processo familiar, Avaliar rendimentos, Avaliar satisfação conjugal, Avaliar suporte

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Diagnósticos: Suporte, Crença religiosa, Papel de Prestador de Cuidados, Adaptação à Gravidez, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Papel Parental

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico

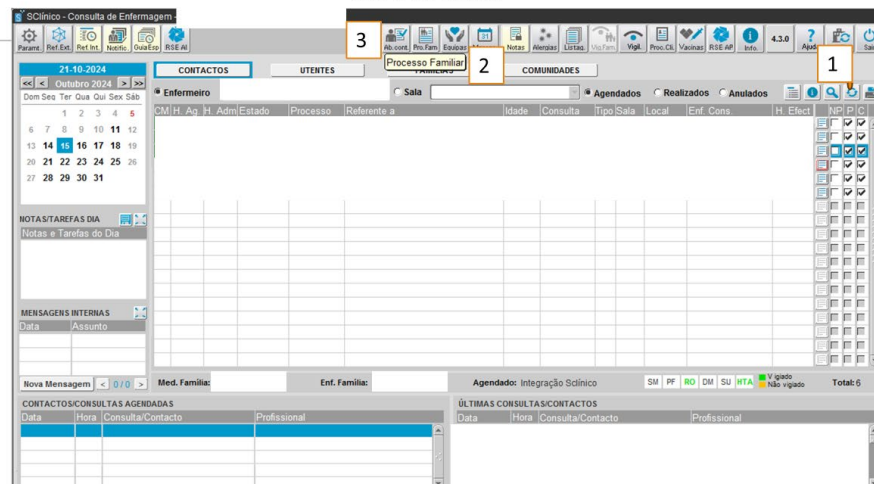
Resposta: Resp. Início: _____ Resp. Termo: _____

Documentação dos cuidados no *SClínico* no programa "Saúde da Família"

Programa de Saúde da Família: uma resposta eficaz às necessidades das famílias da equipa multidisciplinar das Unidades de Saúde Familiar (USF), designadamente, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF).
(Ferreira & Figueiredo, 2023)

1. Fazer pesquisa por nome, data de nascimento, Número Operacional de Processo (NOP) ou número do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de um membro do agregado familiar ou no separador "Contactos" seleccionar um processo clínico individual;
2. Após, fazer clique no ícone "Famílias";
3. De seguida, clicar em "abrir contacto" onde aparecerá: tipo de contacto - ato ou consulta de enfermagem, os elementos presentes na consulta, os programas de saúde e os projetos que estão ativos;
4. Seleccionar o programa de saúde "Saúde da Família"

Documentação dos cuidados no *SClínico* no programa "Saúde da Família"



Documentação dos cuidados no *SClinico* no programa "Saúde da Família"

Documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar no *SClinico*

Dimensão estrutural:

- Tipo de família: registo na avaliação inicial e processo familiar;
- Família Extensa: não é possível registar;
- Classe Social (escala de *Graffar*): registo no processo familiar;
- Edifício Residencial: registo no processo de enfermagem, exceto:
 - Tipo de aquecimento e barreiras arquitetónicas: registo apenas no processo familiar;
 - Higiene da habitação: avaliação inicial e no processo familiar;
- Sistema de abastecimento de água: avaliação inicial, no processo familiar e no processo de enfermagem, no entanto, neste último se consegue selecionar "rede mista";
- Animal doméstico: registo no processo de enfermagem;

Instrumentos de avaliação familiar:
Genograma e Ecomapa – não é possível registar.

Documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar no *SClínico*

Dimensão de desenvolvimento:

- Etapa do ciclo vital familiar (segundo Duvall) – registo na avaliação inicial e no processo familiar;
- Satisfação conjugal – registo no processo de enfermagem;
- Planeamento familiar – registo no processo de enfermagem;
- Adaptação à gravidez – registo no processo de enfermagem;
- Papel parental – registo no processo de enfermagem.



- Não apresenta diferentes intervenções em função da etapa do ciclo vital;
- Apenas intervenções no âmbito da avaliação de conhecimento;
- Intervenções no âmbito da avaliação comportamentos de adesão e do consenso/conflicto/saturação do papel não é possível fazer esse registo;

Documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar no *SClínico*

Dimensão funcional:

- Papel de prestador de cuidados: registo no processo de enfermagem;



Identificação de membro da família dependente e prestador de cuidados – registo na avaliação inicial

- Processo familiar: registo no processo de enfermagem, no entanto, não permite a utilização da escala de Readaptação social, da escala de Avaliação da Coesão e da Adaptabilidade Familiar (Faces II) e da Funcionalidade da Família (Apgar familiar de Smikstein);

DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Obrigada pela vossa atenção!



DANIELA BRANDÃO, EP 4688

CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM D

E SAÚDE FAMILIAR

Referências Bibliográficas

- Ferreira, M. M. & Figueiredo, M. H. (2023). O plano nacional de saúde e programas de saúde. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 10-14). Lidel – edições técnicas, lda.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de saúde familiar*. Lusociência.
- International Family Nursing Association. (n.d.). *Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF)*. <https://internationalfamilynursing.org/?s=mdaif>
- Murteiro, A., Vítor, C., Figueiredo, M., Silva, M., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2021). *Perceção de competência dos enfermeiros de família sobre a entrevista familiar sistémica* [Comunicação científica]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=yCQgS5Xn>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª ed.). FA Davis.

ANEXO X – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO - NÍVEL 1 DE KIRKPATRICK

Este questionário tem como objetivo saber a sua opinião acerca da ação de formação “Documentação em Enfermagem de Saúde Familiar”. A sua opinião é relevante para que se consiga ajustar e melhorar as próximas ações de formação.

Para responder deverá atribuir uma classificação entre 1 e 5, onde 1 significa “nada satisfeito” e 5 “muito satisfeito”, a cada uma das questões abaixo.

TÓPICOS ABORDADOS E ABORDAGENS METODOLÓGICAS	1	2	3	4	5
Conteúdo da formação.					
Organização dos temas abordados.					
Relevância dos tópicos apresentados.					
Os métodos utilizados ajudaram na compreensão dos temas.					
Equilíbrio entre a teoria e a prática.					
Tempo de duração da formação (adequação do tempo ao conteúdo).					
FORMADORA					
Domínio e clareza na apresentação dos temas abordados na formação.					
Interação com os formandos.					
Pontualidade e cumprimento do horário estipulado para a sessão.					
ESTRUTURA					
Qualidade e adequação das infraestruturas e equipamentos.					
Condições do espaço físico (salas, acessos, entre outros).					
AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO					
Esta formação possibilitou a aquisição de novos conhecimentos.					
Recomendaria esta formação aos seus amigos/coleas.					

Sugestões de melhoria: _____

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO XI – RESULTADOS - NÍVEL 1 DE KIRKPATRICK

TÓPICOS ABORDADOS E ABORDAGENS METODOLÓGICAS	1	2	3	4	5
Conteúdo da formação.					100.0%
Organização dos temas abordados.					100.0%
Relevância dos tópicos apresentados.				14.0%	86.0%
Os métodos utilizados ajudaram na compreensão dos temas.				14.0%	86.0%
Equilíbrio entre a teoria e a prática.					100.0%
Tempo de duração da formação (adequação do tempo ao conteúdo).					100.0%
FORMADORA					
Domínio e clareza na apresentação dos temas abordados na formação.					100.0%
Interação com os formandos.				14.0%	86.0%
Pontualidade e cumprimento do horário estipulado para a sessão.					100.0%
ESTRUTURA					
Qualidade e adequação das infraestruturas e equipamentos.					100.0%
Condições do espaço físico (salas, acessos, entre outros).					100.0%
AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO					
Esta formação possibilitou a aquisição de novos conhecimentos.					100.0%
Recomendaria esta formação aos seus amigos/colegas.					100.0%

ANEXO XII – CERTIFICADO DO *WEBINAR* - INTERVENÇÃO SISTÉMICA À FAMÍLIA



Certificado

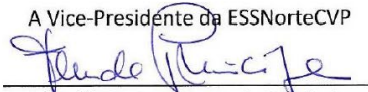
Certifica-se a presença de

Daniela Brandão

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

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



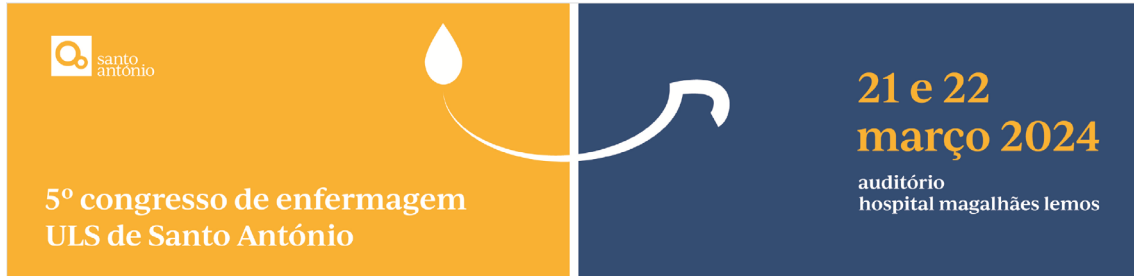
(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ANEXO XIII – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE PÓSTER - LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Lesões Musculoesqueléticas em Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários

Foi apresentado sob a forma de **Poster com apresentação**, no 5º Congresso de Enfermagem do ULSSA, que decorreu no Hospital Magalhães Lemos - EPE, nos dias 21 e 22 de março de 2024.

1º Autor: Daniela Brandão

Apresentador: Daniela Brandão

Co-Autores: Andreia Rodrigues; Bruna Mariana Alves; Jorge Pereira; Rúben Ferreira; Ana Isabel Vilar

Pela Comissão Organizadora
Enf. Vítor Blascheiro

Enfermeiro Diretor da ULS de Santo António
Enf. Eduardo Alves



ANEXO XIV – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO - ENTREVISTA FAMILIAR

SEMINÁRIO ONLINE “ENTREVISTA FAMILIAR”

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Daniela Cristina Azevedo Brandão

participou no seminário com o tema **Entrevista Familiar**, que decorreu no dia 12 de abril de 2024, em formato online, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, num total de três horas (3 horas).

Guarda, 25 de setembro de 2024

A Diretora da Escola Superior de Saúde

Prof.^a Maria Hermínia Nunes Barbosa



POLI TÉCNICO GUARDA

ANEXO XV – CERTIFICADO DO SEMINÁRIO - ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

SEMINÁRIO ONLINE “ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOS PROCESSOS
FORMATIVOS ÀS PRÁTICAS COM AS FAMÍLIAS / DOS REFERENCIAIS À PRODUÇÃO
DE CONHECIMENTO”

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Daniela Cristina Azevedo Brandão

participou no seminário com o tema **Enfermagem de Saúde Familiar: dos processos formativos às práticas com as famílias/dos referenciais à produção de conhecimento**, que decorreu no dia 2 de maio de 2024, em formato online, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, num total de quatro horas (4 horas).

Guarda, 02 de julho de 2024

A Diretora da Escola Superior de Saúde

Prof.^a Maria Hermínia Nunes Barbosa

POLI TÉCNICO GUARDA

ANEXO XVI – CERTIFICADO DO II ENCONTRO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certifica-se que **DANIELA CRISTINA AZEVEDO BRANDÃO**, com o NIF 257781005, esteve presente como participante no II Encontro de Enfermagem Comunitária - (RE)Conhecer e (TRANS)Formar, promovido Núcleo de Enfermagem Comunitária Douro Norte da ULSTMAD, que se realizou a 15 de maio de 2024, das 9h30-13h00 e 14h00-17h30, em formato online.

vila real, 15 de maio de 2024

coordenadora da unidade de formação

Programa:

09h30	Sessão de Abertura Vanessa Monteiro, Susana Santos, Júlio Azevedo e Ivo Oliveira
09h45	Enfermagem de Saúde Familiar: Caminhos do Cuidar Moderadora: Clara Ramos
	Utente com ferida crónica: desafios do Enfermeiro de Família Irene Cerqueira
	Cuidador informal Sónia Martinho
	Famílias reconstruídas: os meus, os teus e os nossos Inês Fonseca
11h00	Modelo Precede-Proceed: um quadro referencial para a Enfermagem Comunitária Moderador: Jóni
	Madureira
	Irma Brito
11h45	Vulnerabilidade(s) Moderadora: Dalila Rodrigues
	Motivar para cuidar: consumo de álcool Lisete Moraes
	Viver com maturidade: Qualidade de vida na terceira idade Ana Caramelo
	Multiculturalidade Emília Sarmiento
	Estratégias de parentalidade positiva Sónia Elias
14h00	O Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, como Gestor de Cuidados Integrados e de
	Proximidade Moderadora: Sónia Lameirão
	Hermínio Gomes
14h30	Saúde Escolar: Investimento com Futuro Moderador: Vítor Machado
	Diagnóstico do consumo de tabaco no 3º ciclo e ensino secundário Ana Luísa Santos
	Serei o que me deres, que seja amor: transporta-me em segurança Ana Cristina Martins
	Mais Contigo: a nossa realidade Ana Loureiro
15h15	Momento Homenagem - Enf.ª Maria João Monteiro
16h00	Comunicações Orais Moderadoras: Andreia Cigre, e Lisete Jesus
17h00	Encerramento (Atribuição de prémios)

**ANEXO XVII – CERTIFICADO DO WEBINAR - ONTOLOGIA: FAMÍLIA ENQUANTO
CLIENTE NOS CUIDADOS**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

CERTIFICADO

Certifica-se que Daniela Brandão, participou no Webinar "Ontologia: família enquanto cliente nos cuidados", no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área Enfermagem de Saúde Familiar, na unidade Curricular: Comunicação e Interação, realizada no dia 21 de setembro de 2024, na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, através da plataforma zoom, com a duração de duas horas.

Funchal, 24 de fevereiro de 2025

A Presidente do Conselho de Direção

Assinado por: CRISTINA BÁRBARA DA COSTA
FREITAS PESTANA
Num. de Identificação: 06198336
Data: 2025.02.25 10:26:16+00'00"

ANEXO XVIII – CERTIFICADO DO 3º SEMINÁRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR



Certifica-se que **Daniela Cristina Azevedo Brandão**

participou no 3º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João, que decorreu no dia 27 de setembro de 2024, online, com a duração de 8 horas.

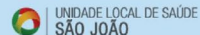
Maia, 29 de setembro de 2024.



Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pe' A Comissão Organizadora

Áurea Jorge Dora Machado Cristina Mendes



**ANEXO XIX – CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL – AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA
MONOPARENTAL FACE A ENTRADA DOS FILHOS NA ESCOLA: REVISÃO SCOPING**



**ANEXO XX – CERTIFICADO DO CAPÍTULO IBERO AMERICANO – IFNA: EXPERIÊNCIAS
INTERCULTURAIS E DESAFIOS NO TRABALHO COM FAMÍLIAS: PERSPETIVAS DO BRASIL,
PORTUGAL E ESPANHA**



CAPÍTULO IBERO AMERICANO - INTERNATIONAL FAMILY NURSING ASSOCIATION (IFNA)

Certificado

Certificamos que

Daniela Cristina Azevedo Brandão

participou no / ha participado en el

Webinar do/del Capítulo Ibero-Americano da/del International Family Nurse Association:

***Experiências interculturais e desafios no trabalho com famílias:
perspectivas do Brasil, Portugal e Espanha.***

***Experiencias interculturales y desafios en el trabajo con familias:
perspectivas de Brasil, Portugal y España.***

20/02/2025

Maria do Céu Barbieri-Figueiredo
Co-chair Capítulo Ibero-
Americano

Fernanda Machado Silva-Rodrigues
Co-chair Capítulo Ibero-Americano