



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Enfermeiro de Família no acompanhamento à Parentalidade: desafios e estratégias de intervenção

Cláudia Patrícia Almeida Ferreira, nº 1342

setembro 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Enfermeiro de Família no acompanhamento à parentalidade: desafios e estratégias de intervenção

Cláudia Patrícia Almeida Ferreira nº 1342

**Relatório Final de Estágio de natureza profissional em
Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de
USF/UCSP, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
– área de Enfermagem de Saúde Familiar, 1ª edição**

Trabalho efetuado sob a orientação de Professora Doutora Ana Isabel Nunes
Pereira de Azevedo e Andrade

setembro 2025

***“Se mudarmos o início da história,
mudamos toda a história”***

Dimitri A. Chistakis

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido viável sem a coadjuvação e apoio de pessoas a quem quero apresentar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Ana Andrade, que aceitou orientar este trabalho, pela confiança, pelo conhecimento transmitido, disponibilidade, rigor e por todos os contributos absolutamente fundamentais para o desenvolvimento das minhas competências.

À Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Vera pela lucidez e orientação, pela empatia e exemplo profissional, pela motivação e confiança. Apoiando-me nesta caminhada e mantendo o meu espírito livre.

À equipa multiprofissional da USF que me acolheu neste percurso, pela colaboração, reforço positivo e disponibilidade demonstrada, assim como à minha equipa que trabalhou pela minha “ausência”.

Em segundo lugar, e demais importantes, aos meus, sem nomes, que me transmitem a força e a vivacidade para seguir sonhos e abraçar as metas, saboreando o caminho, mesmo nos momentos em que eles próprios necessitavam da presença.

A todos agradeço as motivações que tornaram possível a concretização deste projeto profissional.

A todos, um profundo e sincero agradecimento.

Resumo

Introdução: A família é reconhecida como a unidade básica da sociedade e desempenha um papel central na promoção da saúde e do bem-estar dos seus membros, constituindo o primeiro espaço de socialização, aprendizagem e desenvolvimento humano. A parentalidade, enquanto transição crítica do ciclo vital familiar, implica alterações profundas na dinâmica conjugal e parental, exigindo redefinição de papéis, reorganização de projetos de vida e reconfiguração de limites relacionais com a família e a comunidade. Este período, simultaneamente desafiante e potenciador de crescimento, traduz-se em necessidades acrescidas de suporte, de modo a garantir a adaptação saudável e a promoção de práticas de parentalidade positiva.

Objetivos: Avaliar as famílias em transição para a parentalidade de acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), identificar as necessidades emergentes em cada uma das suas dimensões, estabelecer planos de intervenção ajustados às singularidades de cada família e monitorizar os ganhos em saúde.

Métodos: O estudo de caso múltiplo teve por base a matriz operativa do MDAIF, que integra dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcionais da família, associadas a instrumentos de avaliação como o genograma, o ecomapa, a escala de Graffar adaptada, o FACES II e o APGAR Familiar. Participaram quatro famílias inscritas na lista de utentes da enfermeira tutora, selecionadas segundo critérios previamente definidos: grávidas com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas e/ou famílias com crianças até seis meses à data de 01.10.2024. Todas as famílias consentiram, por escrito, a sua participação no estudo Family2Care. A recolha de dados decorreu entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, através de visitas domiciliárias, consultas de saúde infantil e sessões de educação em grupo, complementadas pela Entrevista Familiar Sistémica (EFS).

Resultados: As intervenções implementadas promoveram ganhos em saúde nas quatro famílias acompanhadas, através da capacitação para a mobilização de recursos internos e externos, do reforço das competências parentais e da promoção de vínculos afetivos seguros. A análise dos casos demonstrou que, embora inicialmente tivesse sido identificado o diagnóstico de “Papel Parental Não Adequado”, a intervenção sistemática do enfermeiro de família contribuiu para a sua evolução para “Papel Parental Adequado”, refletindo-se em maior confiança, autonomia e consistência disciplinar. Destaca-se ainda o papel do suporte intergeracional, sobretudo dos avós, e a relevância da articulação comunitária no fortalecimento da resiliência familiar.

Conclusão: O estudo de caso múltiplo e o MDAIF demonstrou ser uma abordagem metodológica valiosa para a enfermagem de saúde familiar (ESF), permitindo identificar padrões comuns, compreender singularidades e implementar intervenções eficazes, personalizadas e culturalmente adaptadas. Os resultados confirmam o papel estratégico do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva, reforçando a sua função enquanto facilitador de competências parentais, mediador das relações familiares e articulador de redes de suporte, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Palavras-Chave: Enfermagem Familiar, Saúde da Família, Parentalidade, Cuidados de Saúde Primários

Abstract

Introduction: The family is recognized as the basic unit of society and plays a central role in promoting the health and well-being of its members, constituting the first space for socialization, learning, and human development. Parenthood, as a critical transition in the family life cycle, entails profound changes in conjugal and parental dynamics, requiring role redefinition, reorganization of life projects, and reconfiguration of relational boundaries with both the family of origin and the community. This period, while challenging, also fosters growth and creates an increased need for support to ensure healthy adaptation and the promotion of positive parenting practices.

Objectives: To assess families transitioning to parenthood according to the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF), to identify emerging needs in each of its dimensions, to establish intervention plans tailored to the uniqueness of each family, and to monitor health gains.

Methods: This multiple case study was based on the operational matrix of the MDAIF, which integrates structural, developmental, and functional family dimensions, along with assessment tools such as the genogram, ecomap, adapted Graffar scale, FACES II, and Family APGAR. Four families registered on the tutor nurse's patient list were included, selected according to predefined criteria: pregnant women with gestational age ≥ 34 weeks and/or families with children up to six months as of October 1, 2024. All families gave written consent to participate in the Family2Care study. Data collection took place between October 2024 and January 2025, through home visits, child health consultations, and group sessions, complemented by the Systemic Family Interview.

Results: The interventions implemented promoted health gains across the four families through empowerment to mobilize internal and external resources, reinforcement of parenting skills, and promotion of secure affective bonds. Case analysis showed that although the initial diagnosis was "Ineffective Parental Role," the systematic intervention of the family nurse contributed to its evolution into "Effective Parental Role," reflected in greater confidence, autonomy, and consistent discipline. The intergenerational support, particularly from grandparents, and the relevance of community articulation were highlighted as key factors in strengthening family resilience.

Conclusion: The multiple case study and the MDAIF proved to be valuable methodological approaches in family health nursing, enabling the identification of common patterns, the understanding of singularities, and the implementation of effective, personalized, and culturally adapted interventions. The results confirm the strategic role of the family nurse in promoting positive parenting, reinforcing their function as facilitators of parental skills, mediators of family relationships, and coordinators of support networks within Primary Health Care.

Keywords: Family Nursing, Family Health, Parenting, Primary Health Care

Sumário

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução	21
1. Caracterização do contexto clínico	25
2. Atividades desenvolvidas na prática clínica especializada	31
3. Estudo de investigação - O Enfermeiro de Família no acompanhamento à Parentalidade: desafios e estratégias de intervenção	35
3.1 Enquadramento teórico.....	35
3.1.1 Parentalidade	35
3.1.2 Parentalidade Positiva	40
3.1.3 O contributo do enfermeiro de família	44
3.2 – Metodologia.....	47
3.3 Avaliação e Intervenção Familiar	50
3.3.1 Família 1 – Família Nobre	51
3.3.2 Família 2 – Família Cavaleiro	60
3.3.3 Família 3 – Família Reis	71
3.3.4 Família 4 – Família Castanheira	79
3.4 - Análise comparativa das quatro famílias.....	87
3.5 Discussão dos resultados	89
3.6 Limitações do estudo	93
3.7 Implicações para a prática clínica especializada.....	93
4. Desenvolvimento de Competências do enfermeiro especialista	97
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	97
4.1.1 Responsabilidade Profissional Ética e Legal	97
4.1.2 Melhoria da qualidade	98
4.1.3 Gestão dos Cuidados	99
4.1.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	99

4.2. Competências específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.....	100
4.2.1. Cuida a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e os diferentes níveis de prevenção	101
4.2.2 liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	102
4.3 Contributos para o desenvolvimento de competências	103
Conclusão	105
Referências bibliográficas	109
Anexos	115
Anexo I – Declaração de Consentimento Informado e Deliberação da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde Viseu Dão- Lafões	117
Anexo II – Guião de entrevista	119
Anexo III – Sessão de educação para a saúde - Parentalidade.....	131
Anexo IV – Fatores de risco, de agravamento e fatores de proteção avaliados no programa de saúde infantil	135
Anexo V– Tabela síntese comparativa das quatro famílias estudadas	137
Anexo VI –Formação em Serviço – Saúde Familiar	139

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estudos Nacionais sobre a Parentalidade.....	37
Tabela 2 - Estudos Internacionais sobre a Parentalidade.....	38
Tabela 3 - Comparação entre Estudos Nacionais e Internacionais sobre a Parentalidade....	38
Tabela 4 - Estudos Nacionais sobre a Parentalidade Positiva	42
Tabela 5 - Estudos Internacionais sobre Parentalidade Positiva	43
Tabela 6 - Comparação entre Estudos Nacional e Internacional sobre a Parentalidade Positiva.....	43
Tabela 7 - Contributo do Enfermeiro de Família na Parentalidade (Evidência Nacional)	45
Tabela 8 - Contributo do Profissional de Saúde no Acompanhamento da Parentalidade (Evidência internacional)	46
Tabela 9 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Nobre	51
Tabela 10 – Avaliação MDAIF da família Nobre	56
Tabela 11 - Avaliação da família Nobre pelo Modelo Nurturing Care	58
Tabela 12 - Intervenções negociadas com a família Nobre relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.	59
Tabela 13 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Cavaleiro.....	61
Tabela 14 - Avaliação MDAIF da família Cavaleiro	64
Tabela 15 - Avaliação da Família Cavaleiro pelo Modelo Nurturing Care	66
Tabela 16 - Intervenções negociadas com a família Cavaleiro relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.	69
Tabela 17 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Reis	71
Tabela 18 - Avaliação MDAIF da família Reis.....	74
Tabela 19 - Avaliação da família Reis pelo modelo Nurturing Care.....	76
Tabela 20 - Intervenções negociadas com a família Reis relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.	78
Tabela 21 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Castanheira ..	79
Tabela 22 - Avaliação MDAIF da Família Castanheira.....	82
Tabela 23 - Avaliação da família Castanheira pelo modelo Nurturing Care	84
Tabela 24 - Intervenções negociadas com a família Castanheira relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.	87

Lista de Figura

Figura 1- Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na USF	26
Figura 2 – Genograma da família Nobre	52
Figura 3 – Ecomapa da família Nobre.....	53
Figura 4 – Genograma da família Cavaleiro.....	62
Figura 5 – Ecomapa da família Cavaleiro	62
Figura 6 –Desenho da família realizado pelo filho mais velho da família Cavaleiro.....	67
Figura 7 – Genograma família Reis	72
Figura 8 – Ecomapa Família Reis.....	72
Figura 9 – Desenho infantil realizado pelo filho mais velho da Família Reis.....	77
Figura 10 – Genograma da família Castanheira.....	80
Figura 11 – Ecomapa da família Castanheira	80
Figura 12 – Desenho infantil realizado pela filha mais velha da família Castanheira.....	85

Siglas e acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APGAR – Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve (Escala de Smilkstein)

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (plataforma)

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEEC-ESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FACES II – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II

GHAF – Gestão Hospitalar de Aproveitamento Farmacêutico

HbA1c – Hemoglobina Glicada A1c

IDE – Índice de Desempenho das Equipas

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade (Low-Density Lipoprotein)

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF – Monitorização de Indicadores para Melhoria nas Unidades de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS / WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization

PA – Pressão Arterial

RN – Recém-nascido

SClínico – Sistema de Informação Clínica da Prática de Enfermagem e Medicina Geral e Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WMA – World Medical Association

Introdução

O presente relatório final foi elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, desenvolvido em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF/UCSP), integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, 1.^a edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu. O estágio decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, com uma carga horária total de 360 horas presenciais. As atividades e intervenções de enfermagem realizadas permitiram o desenvolvimento das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

A família é, desde tempos imemoriais, reconhecida como o núcleo estruturante da sociedade e o primeiro espaço de socialização, aprendizagem e desenvolvimento humano (Relvas, 2000; Hanson, 2005). É no seio familiar que se constroem as bases para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social, onde se moldam valores, crenças e comportamentos, e onde se assegura a transmissão intergeracional de patrimónios culturais e identitários. Contudo, as profundas transformações das últimas décadas — envelhecimento populacional, precariedade laboral, diversidade de modelos familiares, desigualdades socioeconómicas, migrações, isolamento social e sobrecarga de responsabilidades parentais — colocam desafios acrescidos à coesão, à funcionalidade e à capacidade adaptativa das famílias (Martins, 2013; Barbosa et al., 2022).

Neste cenário, a transição para a parentalidade emerge como um dos momentos mais críticos do ciclo vital familiar. O nascimento de um filho desencadeia mudanças estruturais, relacionais e emocionais que exigem reorganização da vida conjugal, redefinição de papéis, adaptação de rotinas e mobilização de competências parentais específicas. Schumacher e Meleis (1994) e Meleis (2010) descrevem esta transição como um período de vulnerabilidade e, simultaneamente, de crescimento, no qual os indivíduos são convocados a integrar uma nova identidade parental, frequentemente permeada por sentimentos de insegurança, ansiedade e sobrecarga. A literatura sublinha ainda que os primeiros anos de vida da criança, pela sua dependência total dos cuidadores, constituem uma fase particularmente sensível, em que as práticas parentais influenciam decisivamente o desenvolvimento integral da criança (Belsky, 1984; Kretchmar-Hendricks, 2005).

A parentalidade positiva, conceito estruturante das políticas de promoção do bem-estar infantil, traduz-se num conjunto de práticas educativas baseadas no afeto, na comunicação

eficaz, na supervisão responsável, na consistência disciplinar e no envolvimento ativo dos cuidadores (Bornstein, 2015; Sanders & Mazzucchelli, 2013). Estudos nacionais e internacionais demonstram que programas de promoção da parentalidade positiva estão associados ao aumento da autoeficácia parental, à redução da ansiedade, ao fortalecimento da vinculação afetiva e à prevenção de práticas disfuncionais (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Leijten et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), através do modelo Nurturing Care, reforça que o desenvolvimento integral da criança depende não apenas de cuidados biomédicos, mas de ambientes familiares seguros, afetivos e estimulantes, exigindo uma resposta integrada dos sistemas de saúde, educação e proteção social.

Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel estratégico e multifacetado. Para além da prestação de cuidados, atua como facilitador de competências parentais, mediador das relações familiares e articulador de redes de suporte comunitário (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013). O MDAIF, desenvolvido em Portugal por Figueiredo (2009, 2012), constitui-se como um referencial teórico-operativo que permite compreender a família como unidade de cuidados, integrando dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcionais numa abordagem sistémica e centrada nos recursos. A utilização de instrumentos como o genograma, o ecomapa, as escalas de Graffar, FACES II e APGAR Familiar, aliados à EFS, possibilita uma avaliação holística e a co-construção de intervenções ajustadas, ancoradas nos princípios de neutralidade, circularidade e reforço positivo (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012).

A pertinência deste estudo decorre, assim, da necessidade de aprofundar a compreensão sobre os desafios da parentalidade e de explorar as estratégias de intervenção do enfermeiro de família que promovem práticas parentais positivas, favorecem a vinculação afetiva e potenciam ganhos em saúde. Num contexto em que os Cuidados de Saúde Primários se afirmam como espaço privilegiado para a promoção da saúde, torna-se imperativo produzir conhecimento científico que fundamente práticas de enfermagem familiar inovadoras, culturalmente adaptadas e sustentadas em evidência.

O presente relatório final tem como objetivo geral, analisar o contributo do enfermeiro de família no acompanhamento à parentalidade, identificando os principais desafios vivenciados pelas famílias e as estratégias de intervenção implementadas, de modo a evidenciar os ganhos em saúde associados à prática da enfermagem familiar.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Avaliar as famílias em transição para a parentalidade de acordo com o MDAIF;
- Identificar as necessidades emergentes em cada uma das suas dimensões;

- Estabelecer planos de intervenção ajustados às singularidades de cada família;
- Monitorizar os ganhos em saúde.

Este relatório organiza-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a caracterização do contexto clínico, o segundo as atividades desenvolvidas na prática clínica especializada, o terceiro o estudo de investigação e por fim, o quarto capítulo apresenta o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e de forma mais específica do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF).

Em suma, este estudo pretende constituir-se como um contributo relevante para o fortalecimento da ESF enquanto disciplina científica e prática clínica, respondendo às necessidades reais das famílias em transição para a parentalidade e reforçando o papel do enfermeiro de família como agente estratégico na promoção da parentalidade positiva, no desenvolvimento integral das crianças e na construção de comunidades mais saudáveis e resilientes.

1. Caracterização do contexto clínico

Pretende-se, no presente capítulo descrever o contexto da prática clínica especializada que deu lugar ao percurso de aprendizagem efetuado no decorrer do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, 1ª edição.

Os CSP assumem, de forma indubitável, um papel de liderança que é reforçada pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade (Ministério da Saúde, 2007b). A criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) Modelo B foi regulamentada por vários Decretos-Lei no âmbito da Reforma dos CSP. Os principais diplomas legais que estabeleceram e enquadraram este modelo foram Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto que regulamentou a criação das USF e definiu os Modelos A e B, estabelecendo os princípios de funcionamento e os incentivos financeiros para os profissionais das USF Modelo B. O Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, introduziu ajustamentos à regulamentação das USF, reforçando o regime de incentivos e as regras de transição entre os Modelos A e B. A portaria n.º 235/2018, de 23 de agosto atualizou os critérios de contratualização e os parâmetros de desempenho, consolidando as regras do funcionamento das USF Modelo B.

A USF onde decorreu o estágio é uma unidade dedicada a fornecer serviços personalizados, integrais e de qualidade aos utentes e famílias inscritos. A missão da USF consiste na prestação de cuidados de saúde primários personalizados, globais, transversais, integrados e de qualidade aos utentes e famílias inscritos.

Segundo dados obtidos na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde primários (BI-CSP) do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a USF onde foi realizado o estágio tem como visão, serviços de excelência ética, humana e técnica, procurando a melhoria constante, a participação, a responsabilidade e visando os ganhos em saúde e satisfação dos utentes e dos profissionais. São considerados como valores, a conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, busca contínua pela melhoria e gestão participativa.

Esta USF iniciou a sua atividade como modelo B, a 1 de janeiro de 2024, dotada de quatro médicos, três enfermeiros (um de cuidados gerais, um mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e um especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) e quatro secretários clínicos.

De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP, dentro da sua área de influência, esta USF dá resposta a 4677 cidadãos inscritos (cf. Figura 1):

A pirâmide etária é uma representação gráfica que ilustra a distribuição da população por idade e sexo, refletindo a estrutura demográfica de uma comunidade específica. Em Portugal, a pirâmide etária tem sofrido alterações significativas nas últimas décadas, caracterizadas por envelhecimento populacional, há uma proporção crescente de indivíduos idosos devido ao aumento da esperança de vida e à diminuição das taxas de natalidade. O mesmo acontece na área de influência da USF.

Essas mudanças resultam em uma pirâmide etária com uma base mais estreita (menos jovens) e um topo mais largo (mais idosos), indicando uma população em processo de envelhecimento.

Nas idades inferiores a um ano, verifica-se um estreitamento significativo, comparativamente com a pirâmide nacional. A população adulta tende a diminuir conforme a idade aumenta e no que respeita à população idosa é possível dizer que a expectativa de vida pode estar em declínio. Quando explorado o índice de dependência, é possível perceber que o da USF é de 74.13%.

Estamos perante a não ocorrência de assimetrias marcadas ao nível do sexo, contudo é notório o predomínio do sexo feminino.

Figura 1-Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na USF



Fonte: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde Primários

A USF oferece acesso a consultas de Enfermagem e Medicina, programadas em cinco dias úteis, a consulta domiciliária programada em 24h e/ou de acordo com critérios clínicos, à renovação de medicação crónica em 72h. Na ausência do seu médico ou enfermeiro de família, garante resposta nas situações de doença aguda, na primeira consulta de vida da

criança, na primeira e última consulta de gravidez, na anticoncepção de emergência e na consulta que prevê a Interrupção Voluntária da Gravidez (USF, 2022).

A consulta aberta/intersubstituição de Enfermagem destina-se ao atendimento de situações urgentes ou percebidas pelo cliente como sendo inadiáveis, pelo enfermeiro de família ou outro enfermeiro de família com disponibilidade de agendamento, nos dias úteis em horário definido. Cada enfermeiro tem pelo menos um período diário disponível para consulta aberta, podendo ser agendadas de quinze em quinze minutos. O cliente é consultado no próprio dia e obtém a informação sobre a hora prevista de atendimento, sendo que será atendido, preferencialmente, pelo seu enfermeiro de família (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

Os órgãos da USF estão divididos pela Coordenação, Conselho Técnico e Conselho Geral, com funções definidas no Regulamento da Unidade.

O enfermeiro de família é definido como o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Diário da República, 2014). Esta definição reforça a centralidade da prática de enfermagem no acompanhamento longitudinal e na continuidade dos cuidados, atribuindo-lhe um papel essencial na proximidade relacional com a família, entendida não apenas como a soma dos seus membros, mas como uma unidade dinâmica de atenção, suporte e intervenção em saúde.

O exercício do enfermeiro de família transcende a dimensão técnica da arte do cuidado direto, incluindo igualmente a gestão da informação clínica, a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde e a prevenção da doença, numa lógica de integração com a comunidade. A compreensão aprofundada da realidade populacional sob sua responsabilidade constitui, assim, condição essencial para a planificação de intervenções efetivas, pertinentes e humanizadas. Este conhecimento do território e das famílias possibilita ao enfermeiro alinhar a sua ação com as necessidades concretas da população, promovendo ganhos em saúde sustentáveis e equitativos.

A caracterização do ficheiro da enfermeira de família em análise revela uma população marcada pela diversidade estrutural e social. Encontram-se registadas famílias unipessoais, famílias com dois, três, quatro, cinco e seis elementos, o que evidencia a multiplicidade de arranjos familiares e impõe ao enfermeiro uma elevada flexibilidade e capacidade de adaptação a diferentes dinâmicas relacionais e contextos de vida. No que respeita à escolaridade, destaca-se uma lacuna significativa, com um número expressivo de utentes sem registo do seu percurso escolar, refletindo a necessidade de reforçar a qualidade e a

completude dos registos clínicos. Ainda assim, observa-se uma população heterogénea em termos de educação, com grupos relevantes de utentes com o 12.º ano concluído, com licenciatura, e outros com níveis de escolaridade mais baixos, como o 4.º e o 9.º ano e sem escolaridade. (MIM@UF, 2024).

Do ponto de vista demográfico, a esmagadora maioria dos utentes é de nacionalidade portuguesa, ainda que se identifiquem minorias provenientes de França, refletindo fenómenos migratórios característicos da região e que influenciam as necessidades de saúde e a prestação de cuidados culturalmente sensíveis. No plano epidemiológico, sobressai a predominância de problemas de saúde típicos das doenças crónicas não transmissíveis, com especial relevo para a alteração dos lípidos, o excesso de peso, a obesidade e a hipertensão arterial sem complicações (MIM@UF, 2024). Este perfil epidemiológico traduz um risco acrescido para complicações cardiovasculares e metabólicas, colocando desafios significativos ao enfermeiro de família, que deve intervir através da promoção de estilos de vida saudáveis, de ações educativas em saúde e da vigilância clínica contínua, em articulação com a restante equipa multiprofissional.

Neste contexto, a avaliação do desempenho em saúde assume-se hoje como um dos pilares fundamentais da qualidade e da sustentabilidade. Em Portugal, essa avaliação é operacionalizada através do Índice de Desempenho das Equipas (IDE), que constitui o principal instrumento de monitorização da contratualização nos CSP, integrando indicadores de múltiplas dimensões assistenciais (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2023). O IDE não deve ser entendido apenas como uma métrica numérica, mas como uma ferramenta pedagógica e transformadora, orientada para a melhoria contínua, para a responsabilização profissional e para a consolidação da qualidade assistencial (Ministério da Saúde, 2024).

O cálculo do IDE é efetuado anualmente, numa escala de 0 a 100 pontos, com impacto direto nos incentivos institucionais e financeiros das equipas multiprofissionais (Ministério da Saúde, 2025). Em setembro de 2024, a Unidade de Saúde Familiar em análise obteve um IDE de 73,10 pontos, traduzindo um desempenho globalmente positivo, mas revelador de áreas a necessitar de melhoria.

Na dimensão Gestão da Doença, verificou-se a obtenção de score 1 em indicadores cruciais, tais como a proporção de utentes com diabetes com HbA1c inferior a 8%, a proporção de diabéticos com pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, a proporção de novos diagnósticos de diabetes em monoterapia com metformina e a proporção de adultos com diagnóstico registado de asma, DPOC ou bronquite. Contudo, obtiveram score 0 os indicadores relativos a diabéticos insulinotratados em terapêutica adequada e à proporção de diabéticos com LDL

inferior a 100 mg/dl, revelando fragilidades importantes no controlo lipídico e na gestão da terapêutica de insulina.

Na dimensão Gestão da Saúde, na análise do IDE, e com score 1 em indicadores de particular relevância para a saúde populacional, como a proporção de mulheres entre os 25 e os 60 anos com rastreio atualizado do cancro do colo do útero, o índice de acompanhamento adequado de saúde infantil aos 12 meses e a realização de exames laboratoriais no terceiro trimestre da gravidez.

Ao conhecer em profundidade o perfil sociodemográfico, cultural, educativo e clínico da população, o enfermeiro encontra-se em posição privilegiada para planear intervenções adaptadas às necessidades reais, promovendo ganhos em saúde mais significativos e sustentados. Por outro lado, a leitura crítica do IDE evidencia vulnerabilidades, em áreas em que a intervenção de enfermagem é decisiva, quer através da educação para a adesão terapêutica, quer pelo acompanhamento contínuo que promove literacia em saúde e capacitação para o autocuidado.

Assim, o IDE deve ser compreendido não apenas como um exercício de avaliação quantitativa, mas como um verdadeiro espelho das práticas profissionais e do compromisso ético das equipas, orientando para uma intervenção cada vez mais centrada na pessoa, na família e na comunidade. O enfermeiro de família, enquanto pilar estruturante dos CSP, assume responsabilidades amplas junto da comunidade, apoiando-se na caracterização detalhada das famílias e dos utentes para planear, implementar e avaliar cuidados de forma estratégica e personalizada. O IDE, por sua vez, surge como um instrumento privilegiado de monitorização e de melhoria, permitindo tornar visível o impacto das práticas de saúde, mas também identificando de forma objetiva áreas críticas que exigem intervenção prioritária.

O maior desafio consiste, assim, em transformar dados e indicadores em estratégias concretas de promoção da saúde, articulando o rigor científico com a sensibilidade humanista que caracteriza a prática de enfermagem. Só desta forma será possível garantir uma intervenção que respeite a dignidade das famílias, que responda às suas necessidades em toda a complexidade e que, em última instância, promova a saúde da população, aliando eficácia clínica à humanização do cuidado.

2. Atividades desenvolvidas na prática clínica especializada

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF) desempenha um papel central nos CSP, assumindo-se como um profissional de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de proximidade à família ao longo do ciclo de vida. A sua prática clínica é orientada por referenciais normativos da Direção-Geral da Saúde (DGS), por programas nacionais e por princípios de humanização, continuidade e integralidade dos cuidados. O objetivo maior consiste em oferecer intervenções de excelência que reduzam hospitalizações, melhorem a qualidade de vida dos utentes e capacitem as famílias para lidar com as diferentes transições e desafios inerentes às fases da vida.

No campo de estágio, foi possível acompanhar “de perto” esta realidade, através da orientação da enfermeira tutora e da integração nas consultas e atividades de enfermagem de saúde familiar. A prática desenvolvida envolveu a participação em diferentes programas de saúde, mas também em cuidados domiciliários e na gestão organizacional da equipa multidisciplinar.

No âmbito do Programa Nacional para a Diabetes, desenvolveu-se um trabalho contínuo de monitorização clínica, avaliação do controlo metabólico e capacitação dos utentes e suas famílias para uma gestão eficaz da doença. Este acompanhamento incluiu a educação para a alimentação saudável, a promoção da prática regular de exercício físico e a supervisão da adesão ao regime terapêutico. Reconhecendo a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, também foi assegurado o encaminhamento para consultas especializadas, nomeadamente nutrição, oftalmologia e consulta do pé diabético, garantindo assim uma vigilância mais abrangente das complicações associadas.

A equipa de saúde manteve-se orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, mediante a implementação de intervenções de enfermagem baseadas na evidência, garantindo padrões assistenciais de excelência suscetíveis de ser refletidos no IDE, com a melhoria dos indicadores identificados com score 1 e 0 destacou-se, em particular, a intervenção dirigida aos utentes em fase de transição para a insulino terapia, etapa crítica na trajetória clínica da diabetes, com elevado impacto na adesão e no prognóstico da doença. Neste âmbito, foram desenvolvidos cuidados de enfermagem diferenciados e individualizados, incluindo consultas domiciliárias de suporte à gestão do regime terapêutico, treino estruturado em técnicas de insulino terapia e também acompanhamento telefónico regular. Estas medidas

visaram reforçar a literacia em saúde, promover a autonomia na autogestão do regime terapêutico, reduzir a incidência de complicações e otimizar os resultados em saúde.

Relativamente ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o foco centrou-se no acompanhamento das famílias com crianças e adolescentes, tendo em vista o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Destacou-se o trabalho realizado em torno da saúde mental e sexual dos adolescentes, uma área de grande relevância pela sua complexidade e impacto no futuro das famílias. Para além da vigilância clínica, foi possível realizar aconselhamento, promover hábitos de vida saudáveis e reforçar competências parentais na educação dos jovens. Com o objetivo de melhorar o indicador identificado com score 1, foi desenvolvido o projeto intitulado “O Enfermeiro de Família no Acompanhamento à Parentalidade: Desafios e Estratégias de Intervenção”. Este trabalho surgiu da necessidade de reforçar o papel do enfermeiro de família como elemento central na promoção da saúde materno-infantil e na capacitação das famílias em processo de transição, melhorando o índice de acompanhamento adequado de saúde infantil aos 12 meses e a realização de exames laboratoriais no terceiro trimestre da gravidez das famílias.

No Programa Nacional de Vacinação, a prática de enfermagem envolveu não apenas a administração segura das vacinas, mas também a convocatória e sensibilização dos utentes para a importância da imunização como medida preventiva. Uma dimensão igualmente importante foi a gestão do stock vacinal, assegurando a disponibilidade contínua e a manutenção da cadeia de frio, elementos fundamentais para garantir a eficácia do programa.

No âmbito do Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, acompanharam-se as grávidas e suas famílias de forma sistemática, assegurando uma gravidez saudável e um puerpério acompanhado. As consultas permitiram promover a saúde da mãe e do bebé, orientar quanto aos sinais de alerta, estimular a parentalidade positiva e apoiar a adaptação à chegada de um novo membro na família. Também o Programa de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva teve grande relevância, proporcionando às famílias acesso a métodos contraceptivos, aconselhamento sobre saúde sexual e apoio no planeamento consciente da gravidez. Assim como na convocatórios através de listas retiradas do programa mim@uf das mulheres não cumpridoras. Estas intervenções refletem o compromisso da enfermagem em capacitar os indivíduos para escolhas informadas e responsáveis no âmbito da sua saúde reprodutiva.

Os cuidados domiciliários representaram outra dimensão essencial da prática, concretizando o princípio da proximidade e da continuidade dos cuidados. Todas as semanas foi possível acompanhar famílias com limitações, realizar consultas de diabetes e hipertensão, prestar cuidados a recém-nascidos e puérperas, bem como proceder a tratamentos de feridas

em pessoas dependentes ou com mobilidade reduzida. Particular destaque deve ser dado ao acompanhamento de pessoas que vivem sozinhas, em situação de vulnerabilidade social e afetiva, reforçando a dimensão humanista e relacional da enfermagem.

Por fim, a experiência de estágio permitiu também observar a gestão e coordenação da equipa de saúde, uma área menos visível, mas de grande impacto na qualidade dos cuidados prestados. A enfermeira tutora, enquanto membro eleito do Conselho Técnico, participou na elaboração de atas, na avaliação de relatórios de satisfação de utentes e profissionais, e na definição de estratégias de melhoria dos serviços. Uma das iniciativas relevantes foi a realização de ações de formação interna, nomeadamente sobre gestão de conflitos, fortalecendo a articulação da equipa multidisciplinar. Além disso, foi possível colaborar na organização e implementação do programa GHAF para gestão de stock avançado, contribuindo para a racionalização de recursos e maior eficiência dos cuidados.

Assim, a prática clínica desenvolvida neste estágio permitiu vivenciar a amplitude e profundidade da intervenção do EEEC-ESF, que vai muito além da consulta de enfermagem. Trata-se de um cuidar holístico, que integra dimensões preventivas, educativas, terapêuticas e de gestão, sempre centradas na família como unidade de cuidados. Ao acompanhar programas nacionais, prestar cuidados no domicílio e participar na coordenação da equipa, ficou evidente a relevância deste papel para a sustentabilidade dos CSP para a melhoria da qualidade de vida das populações e para a promoção de um SNS mais próximo, acessível e eficaz.

3. Estudo de investigação - O Enfermeiro de Família no acompanhamento à Parentalidade: desafios e estratégias de intervenção

O presente capítulo pretende, por um lado, explicar a evolução da ESF no seu domínio teórico, aliada à perspectiva sistémica e, por outro lado, explorar a evidência disponível sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de Enfermagem às famílias na parentalidade positiva nos CSP.

3.1 Enquadramento teórico

Neste enquadramento teórico, proceder-se-á à análise dos conceitos de parentalidade, parentalidade positiva e do contributo do enfermeiro de família. A compreensão aprofundada destes conceitos revela-se fundamental para o fortalecimento do corpo de conhecimento científico na área de ESF, permitindo a identificação e aplicação das melhores práticas baseadas na evidência. A abordagem destes temas visa, assim, fundamentar a intervenção do enfermeiro de família junto das famílias, promovendo respostas mais eficazes, humanizadas e centradas nas suas necessidades reais, com vista à excelência dos cuidados de saúde prestados.

3.1.1 Parentalidade

A família constitui o pilar estruturante da sociedade e o primeiro espaço de socialização, aprendizagem e desenvolvimento humano (Relvas, 2000; Hanson, 2005). É no seio familiar que emergem os processos de autocuidado, a satisfação das necessidades humanas básicas e a aquisição de competências socioemocionais, cognitivas e comportamentais. Contudo, as sociedades contemporâneas enfrentam transformações profundas, marcadas pelo envelhecimento populacional, pela diversidade de modelos familiares, pelo desemprego, pela complexificação das responsabilidades parentais e pelas exigências de conciliação entre vida pessoal, profissional e familiar. Estas dinâmicas exigem reorganização e adaptação permanentes, podendo gerar instabilidade, sobrecarga e vulnerabilidade na coesão e funcionalidade familiar (Relvas, 2000; Martins, 2013).

O conceito de família é atualmente compreendido como um sistema dinâmico, complexo e singular, influenciado por fatores culturais, ambientais, sociodemográficos, socioeconômicos, religiosos e relacionais. Relva (2000) enfatiza que “nenhuma família se pode igualar a outra”, impondo ao enfermeiro de família uma abordagem individualizada e sistêmica, capaz de identificar forças, vulnerabilidades e recursos específicos. Nesse contexto, o EEEEC-ESF desempenha um papel central como facilitador da mudança, mediador da conjugalidade, articulador de redes de suporte e promotor do desenvolvimento integral da criança e da família (Figueiredo, 2012).

A transição para a parentalidade constitui uma das fases mais críticas do ciclo vital, implicando a transformação da díade conjugal em subsistema parental. Este processo exige redefinição de papéis, limites e projetos de vida, afetando diretamente o bem-estar conjugal e individual. Schumacher e Meleis (1994) e Meleis (2010) descrevem esta transição como um período de vulnerabilidade e de crescimento, no qual atitudes, comportamentos e sentimentos necessitam de constante adaptação. Kretchmar-Hendricks (2005) destaca que os primeiros anos de vida da criança correspondem ao momento de maior intensidade da parentalidade, dada a sua total dependência, tornando esta fase particularmente sensível para a vinculação e desenvolvimento.

A parentalidade é, assim, um construto multidimensional que integra práticas, comportamentos e atitudes dos cuidadores, impactando diretamente o desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo da criança (Belsky, 1984).

Bornstein (2015) organiza estas competências parentais em cinco domínios fundamentais: afeto, comunicação, supervisão, consistência disciplinar e envolvimento ativo. No âmbito da enfermagem de saúde familiar, estas competências devem ser avaliadas, reforçadas e acompanhadas de forma contínua, sobretudo em famílias em contexto de vulnerabilidade psicossocial, pobreza, isolamento social ou envelhecimento comunitário (Barbosa et al., 2022; Oliveira & Mendes, 2020).

A literatura nacional evidencia múltiplos desafios neste processo (cf. Tabela 1). Silva, Gavinhos, Neves e Camarneiro (2021) identificaram fatores protetores, como comunicação eficaz, partilha de responsabilidades e redes de suporte social, bem como fatores dificultadores, como isolamento, exaustão parental e dificuldade de conciliação entre trabalho e vida familiar. Almeida et al. (2020) demonstraram que o acompanhamento estruturado pelo enfermeiro de família aumenta a confiança parental e reduz a ansiedade. Mendes et al. (2022) verificaram que famílias acompanhadas de forma sistemática reportam maior satisfação parental e menor risco de práticas disfuncionais. Barbosa et al. (2022) salientaram ainda que famílias em meios rurais envelhecidos apresentam vulnerabilidades acrescidas, evidenciando

a necessidade de intervenções culturalmente ajustadas e contínuas. Barbosa et al. (2022), ao analisarem o contexto das famílias envelhecidas em meios rurais portugueses, identificaram um conjunto de necessidades acrescidas que exigem uma resposta diferenciada e culturalmente sensível por parte dos profissionais de saúde. Estas famílias enfrentam vulnerabilidades específicas, nomeadamente o acesso limitado a cuidados de saúde, condicionado pela distância geográfica, escassez de recursos e dificuldades de mobilidade. Acresce a prevalência do isolamento social, potenciado pelo êxodo das gerações mais jovens e pela fragilidade das redes de apoio. A baixa literacia em saúde, associada à idade e ao contexto sociocultural, compromete a compreensão e a adesão a regimes terapêuticos adequados. Além disso, observam-se carências económicas e habitacionais significativas, bem como uma elevada prevalência de doenças crónicas e de dependência funcional. Estas particularidades reforçam a necessidade de uma intervenção contínua, próxima e culturalmente adaptada, onde o enfermeiro de família assume um papel central na promoção da saúde, prevenção da doença e apoio à gestão da condição crónica no seio familiar.

Tabela 1 - Estudos Nacionais sobre a Parentalidade

Autor(es) e Ano	Contexto	Principais Conclusões
Silva, Gavinhos, Neves & Camarneiro (2021)	Portugal	Comunicação eficaz, partilha de responsabilidades e suporte social são protetores; isolamento, exaustão e dificuldades de conciliação dificultam adaptação parental.
Almeida et al. (2020)	Portugal	Acompanhamento do enfermeiro de família aumenta confiança parental e reduz ansiedade.
Mendes et al. (2022)	Portugal	Acompanhamento estruturado associado a maior satisfação parental e menor risco de práticas disfuncionais.
Barbosa et al. (2022)	Portugal (meios rurais)	Famílias rurais envelhecidas apresentam vulnerabilidades acrescidas; necessidade de intervenção contínua e culturalmente adaptada.

A evidência internacional converge para resultados similares (cf. Tabela 2). Delicate, Ayers e McMullen (2018), numa metassíntese, concluíram que a transição para a parentalidade está frequentemente associada à diminuição da satisfação conjugal e ao aumento de conflitos, sendo a comunicação eficaz e o suporte profissional fatores mitigadores. Keller et al. (2021) associaram a ausência de apoio pós-parto a sintomas depressivos e dificuldades na vinculação com a criança. Leahy-Warren (2020) demonstrou que o suporte precoce aumenta a autoeficácia parental e o bem-estar materno. Bornstein (2020) enfatiza que as práticas parentais são intrinsecamente influenciadas pelo contexto

cultural no qual se inserem, o que reforça a imperativa necessidade de adaptar as intervenções às especificidades culturais das famílias para que estas sejam efetivas e respeitadas. Complementarmente, Belsky e Rovine (2021) salientam que o suporte conjugal e social constitui um determinante crítico para a adaptação parental, influenciando diretamente a qualidade da vinculação afetiva entre pais e filhos. Este suporte atua como um fator protetor, promovendo o bem-estar emocional dos progenitores e facilitando estratégias parentais positivas, essenciais para o desenvolvimento saudável da criança.

Tabela 2 - Estudos Internacionais sobre a Parentalidade

Autor(es) e Ano	País/Contexto	Principais Conclusões
Delicate, Ayers & McMullen (2018)	Reino Unido	Transição parental reduz satisfação conjugal e aumenta conflitos; suporte profissional e comunicação mitigam efeitos negativos.
Keller et al. (2021)	Alemanha	Ausência de suporte pós-parto associada a sintomas depressivos e dificuldades de vinculação.
Leahy-Warren (2020)	Irlanda	Suporte precoce aumenta autoeficácia parental e bem-estar materno.
Bornstein (2020)	Internacional	Práticas parentais são moldadas por fatores culturais; intervenção deve ser adaptada ao contexto.
Belsky & Rovine (2021)	Estados Unidos	Suporte conjugal e social determinam adaptação parental e vinculação afetiva com a criança.

A análise comparativa evidencia convergências e especificidades contextuais (cf. Tabela 3). Em Portugal, sobressaem as vulnerabilidades de meios rurais envelhecidos e a relevância dos avós enquanto suporte intergeracional, enquanto internacionalmente a atenção se centra na saúde mental pós-parto e na adaptação cultural das intervenções.

Tabela 3 - Comparação entre Estudos Nacionais e Internacionais sobre a Parentalidade

Dimensão	Evidência Nacional	Evidência Internacional	Convergências/Divergências
Fatores protetores da parentalidade	Comunicação eficaz, partilha de responsabilidades e rede de suporte social (Silva et al., 2021)	Suporte profissional, comunicação eficaz e envolvimento conjugal (Delicate et al., 2018; Belsky & Rovine, 2021)	Ambos destacam comunicação e suporte social/profissional como determinantes críticos

Fatores de risco	Isolamento social, exaustão parental, dificuldades de conciliação trabalho-família (Silva et al., 2021; Barbosa et al., 2022)	Falta de suporte pós-parto, sintomas depressivos e dificuldades na vinculação (Keller et al., 2021)	Nacional: vulnerabilidade em contextos rurais envelhecidos; Internacional: saúde mental pós-parto
Impacto do acompanhamento do enfermeiro	Acompanhamento sistemático aumenta confiança parental, reduz ansiedade e previne práticas disfuncionais (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022)	Programas estruturados aumentam autoeficácia e bem-estar materno (Leahy-Warren, 2020)	Em ambos os contextos, acompanhamento profissional mostra ganhos; em Portugal, destaque para o enfermeiro de família
Influência do contexto sociocultural	Meios rurais envelhecidos apresentam maiores vulnerabilidades e menor rede de suporte; importância dos avós (Barbosa et al., 2022; Paúl & Fonseca, 2015)	Práticas parentais moldadas pelo contexto cultural e necessitam de adaptação (Bornstein, 2020)	Nacional: papel dos avós; Internacional: diversidade cultural
Resultados desejáveis	Maior satisfação parental, redução de ansiedade e práticas parentais mais positivas (Mendes et al., 2022)	Maior autoeficácia parental, melhor vínculo mãe-bebê e redução de sintomas depressivos (Leahy-Warren, 2020; Keller et al., 2021)	Convergência em ganhos de parentalidade positiva e bem-estar familiar, com nuances de foco

A parentalidade deve ser entendida como um processo dinâmico, relacional e sistêmico, que implica reorganização constante da vida conjugal, individual e familiar. A literatura nacional e internacional reconhece que o acompanhamento estruturado do enfermeiro especialista fortalece a adaptação parental, promove a parentalidade positiva e contribui para o desenvolvimento integral da criança. O desafio consiste em garantir intervenções sistemáticas, culturalmente ajustadas e contínuas, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade, como os meios rurais envelhecidos, onde as redes de suporte se encontram frequentemente fragilizadas.

O acompanhamento integral da mulher grávida e do recém-nascido (RN) até aos seis meses de idade representa um eixo central na promoção da saúde materno-infantil, conforme definido pelas orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023). Durante a gestação, recomenda-se o início das consultas pré-natais até às 10 semanas, com subsequente monitorização a intervalos aproximados de quatro semanas até às 28 semanas, passando para consultas mais frequentes, a cada duas a três semanas entre as 28 e as 36 semanas, e semanalmente até ao parto (DGS, 2023). Este esquema permite uma vigilância clínica

rigorosa, integrando avaliações biomédicas, rastreios laboratoriais e ecográficos, com o intuito de identificar precocemente fatores de risco e promover práticas saudáveis adaptadas ao contexto sociocultural da mulher e da sua família (Bornstein, 2020).

No período de acompanhamento do RN até aos seis meses compreende uma primeira consulta domiciliária idealmente realizada até aos sete dias de vida, seguida de consultas ao mês, aos dois meses, quatro meses e seis meses (DGS, 2023). A consulta domiciliária assume um papel estratégico ao permitir uma avaliação holística da díade mãe-bebé, promovendo o apoio técnico e emocional à parentalidade, facilitando a amamentação exclusiva e identificando precocemente necessidades específicas, nomeadamente em contextos de vulnerabilidade social ou dificuldades de acesso aos serviços (Barbosa et al., 2022). A vigilância do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, a atualização do estado vacinal e o suporte educacional são componentes centrais destas consultas (Belsky & Rovine, 2021).

Neste contexto, o enfermeiro de família desempenha um papel determinante na operacionalização deste modelo de cuidados, conjugando a monitorização clínica com a educação para a saúde e o fortalecimento do vínculo familiar (DGS, 2023). A consulta domiciliária, em particular, reflete a filosofia da Enfermagem Familiar e Comunitária, promovendo a continuidade e proximidade do cuidado, elementos essenciais para a intervenção precoce, a personalização das respostas e a sustentabilidade dos cuidados primários de saúde (Barbosa et al., 2022; Bornstein, 2020).

Assim, a prática do enfermeiro de família, assente numa abordagem multidisciplinar e centrada na família, contribui decisivamente para a melhoria dos desfechos em saúde materno-infantil, potenciando o empoderamento parental e a equidade no acesso aos cuidados, sobretudo em populações rurais ou socialmente vulneráveis.

3.1.2 Parentalidade Positiva

A parentalidade positiva constitui numa abordagem centrada no fortalecimento das relações familiares e na promoção do desenvolvimento integral da criança, enfatizando práticas parentais que apoiam o bem-estar físico, emocional, social e cognitivo (Sanders & Mazzucchelli, 2013). Esta perspetiva baseia-se na promoção de competências parentais, no reforço do vínculo afetivo, na comunicação eficaz e na criação de um ambiente familiar seguro e estimulante (Bornstein, 2015).

A parentalidade positiva é entendida como um construto multidimensional que integra atitudes, comportamentos e estratégias educativas com o objetivo de maximizar o

desenvolvimento infantil e prevenir práticas parentais disfuncionais (Gardner, 2006). Engloba dimensões essenciais:

- Afeto e vínculo emocional: demonstração consistente de amor, apoio e segurança emocional à criança.
- Orientação e limites claros: estabelecimento de regras consistentes e explicações adequadas sobre comportamentos esperados.
- Envolvimento ativo: participação ativa nas atividades diárias e educativas da criança.
- Promoção da autonomia: incentivo à tomada de decisões e resolução de problemas de forma segura.
- Suporte social e comunitário: acesso a redes de apoio familiares e profissionais (Bornstein, 2015; Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Do ponto de vista da enfermagem de saúde familiar, estas competências podem ser avaliadas e fortalecidas através de acompanhamento sistemático, educação parental e articulação com recursos comunitários (Wright & Leahey, 2013).

O modelo do Nurturing Care, descrito pela OMS (2018) e traduzido como Atenção e Cuidado Integral, fornece um quadro abrangente para a promoção do desenvolvimento integral da criança, com especial foco na primeira infância, período crítico para o estabelecimento das bases do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional. O modelo define cinco componentes interdependentes:

1. Cuidado Afetivo e Responsivo: vínculo seguro entre cuidadores e criança, com atenção às necessidades emocionais.
2. Saúde: acesso a serviços de saúde de qualidade, acompanhamento do crescimento e prevenção de doenças.
3. Nutrição Adequada: alimentação adequada para promover crescimento físico e desenvolvimento cerebral.
4. Aprendizagem e Estímulo Precoce: criação de ambientes que favoreçam exploração, brincadeira e desenvolvimento cognitivo e socioemocional.
5. Segurança e Proteção: prevenção de violência, abuso e negligência, garantindo um ambiente seguro e acolhedor.

O Nurturing Care destaca que práticas parentais positivas estão intrinsecamente relacionadas à capacidade da família de oferecer cuidado afetivo, estímulo precoce e

proteção, sendo essencial o suporte profissional e comunitário (Britto et al., 2017; WHO, 2018).

A literatura portuguesa sobre parentalidade positiva evidencia a importância do suporte profissional e familiar para a consolidação de práticas parentais saudáveis (cf. Tabela 4). Silva, Neves e Camarneiro (2021) identificaram que famílias que participam em programas de parentalidade positiva apresentam maior consistência disciplinar, melhor comunicação e maior satisfação parental. Almeida et al. (2020) demonstraram que o acompanhamento do enfermeiro de família contribui para a confiança parental e para a redução de comportamentos parentais inadequados. Mendes et al. (2022) verificaram que famílias acompanhadas sistematicamente relatam maior envolvimento ativo e afeto consistente.

Tabela 4 - Estudos Nacionais sobre a Parentalidade Positiva

Autor(es) e Ano	Contexto	Principais Conclusões
Silva, Neves & Camarneiro (2021)	Portugal	Programas de parentalidade positiva aumentam consistência disciplinar, comunicação eficaz e satisfação parental.
Almeida et al. (2020)	Portugal	Acompanhamento do enfermeiro de família fortalece competências parentais e reduz práticas disfuncionais.
Mendes et al. (2022)	Portugal	Famílias que recebem intervenção estruturada relatam maior envolvimento ativo e afeto consistente.

Diversos estudos internacionais corroboram os benefícios da parentalidade positiva para o desenvolvimento infantil e prevenção de dificuldades comportamentais (cf. Tabela 5). Leijten et al. (2018) demonstraram que intervenções estruturadas em parentalidade positiva reduzem sintomas de ansiedade e agressividade em crianças. Sanders e Mazzucchelli (2013) destacam que programas de educação parental aumentam as competências parentais, promovem vínculos seguros e reduzem práticas coercitivas. Kaminski, Valle, Filene e Boyle (2008) afirmam que o suporte profissional e comunitário é um fator crítico para a eficácia destes programas.

Tabela 5 - Estudos Internacionais sobre Parentalidade Positiva

Autor(es) e Ano	País/Contexto	Principais Conclusões
Leijten et al. (2018)	Holanda	Programas estruturados reduzem sintomas de ansiedade e agressividade infantil.
Sanders & Mazzucchelli (2013)	Austrália	Educação parental aumenta competências parentais, vínculos seguros e reduz práticas coercitivas.
Kaminski, Valle, Filene & Boyle (2008)	EUA	Suporte profissional e comunitário é essencial para eficácia de programas de parentalidade positiva.

A análise comparativa evidencia convergência na importância de programas estruturados, suporte profissional e envolvimento ativo dos cuidadores (cf. Tabela 6). No contexto português, destaca-se o papel do enfermeiro de família e a adaptação de programas às particularidades culturais e sociais locais. Internacionalmente, a evidência foca-se na redução de comportamentos problemáticos infantis e na promoção de vínculos seguros.

Tabela 6 - Comparação entre Estudos Nacional e Internacional sobre a Parentalidade Positiva

Dimensão	Evidência Nacional	Evidência Internacional	Convergências/Divergências
Competências parentais	Comunicação, afeto, consistência disciplinar, envolvimento ativo (Silva et al., 2021)	Competências parentais, vínculo seguro, práticas não coercitivas (Sanders & Mazzucchelli, 2013)	Convergência na promoção de competências e vínculo seguro
Papel do profissional	Enfermeiro de família fortalece confiança parental e práticas positivas (Almeida et al., 2020)	Suporte profissional e comunitário essencial (Kaminski et al., 2008)	Ambos destacam suporte profissional como crítico
Resultados desejáveis	Maior satisfação parental, afeto consistente, envolvimento ativo (Mendes et al., 2022)	Redução de ansiedade/agressividade infantil, vínculos seguros (Leijten et al., 2018)	Convergência em melhoria do desenvolvimento infantil e parentalidade positiva

A parentalidade positiva, integrada com o modelo do Nurturing Care (OMS, 2018), representa uma abordagem estratégica e preventiva, centrada na promoção de vínculos saudáveis, competências parentais e bem-estar infantil. O modelo fornece um referencial claro para orientar famílias, profissionais de saúde e políticas públicas, reforçando que o desenvolvimento integral da criança depende de cuidado afetivo, saúde, nutrição, estímulo precoce e proteção, especialmente na primeira infância. Intervenções estruturadas, culturalmente adaptadas e contínuas, associadas ao suporte familiar e profissional, aumentam significativamente os resultados positivos em crianças e famílias, contribuindo para a construção de sociedades mais saudáveis e resilientes.

3.1.3 O contributo do enfermeiro de família

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF) desempenha um papel central no fortalecimento da parentalidade, atuando como facilitador de competências parentais, mediador de relações familiares e articulador de redes de suporte social e comunitário (Figueiredo, 2012). No contexto contemporâneo, marcado por desafios socioeconómicos, mudanças nos modelos familiares e sobrecarga parental, o enfermeiro de família assume funções estratégicas que vão além da prestação de cuidados clínicos, integrando dimensões preventivas, educativas e de promoção da saúde (Relvas, 2000; Almeida et al., 2020).

O contributo do enfermeiro de família na parentalidade pode ser estruturado em cinco eixos principais:

1. Acompanhamento e avaliação das competências parentais

A avaliação sistemática das práticas parentais permite identificar forças, vulnerabilidades e necessidades específicas da família. Wright e Leahey (2013) destacam a importância de abordagens individualizadas e sistémicas, em que o enfermeiro observa, questiona e orienta os cuidadores de forma a promover práticas parentais consistentes, afetuosas e responsivas.

2. Promoção da parentalidade positiva

O enfermeiro de família atua na implementação de estratégias de parentalidade positiva, alinhadas com programas estruturados e evidência científica (Silva et al., 2021; Mendes et al., 2022). Estas intervenções incluem educação parental, orientação sobre disciplina positiva, comunicação eficaz, vínculo afetivo e envolvimento ativo dos cuidadores

nas atividades infantis. A integração do modelo Nurturing Care (OMS, 2018) permite que estas ações sejam orientadas para cuidado afetivo, saúde, nutrição, estímulo precoce e proteção.

3. Mediação e fortalecimento das relações familiares

A transição para a parentalidade e os desafios do dia a dia podem gerar conflitos conjugais e sobrecarga familiar. O enfermeiro de família atua como mediador, promovendo a negociação de papéis, a partilha de responsabilidades e o reforço das competências de resolução de problemas dentro do núcleo familiar (Figueiredo, 2012; Delicate et al., 2018).

4. Articulação com redes de suporte comunitário e intergeracional

O enfermeiro de família facilita o acesso a recursos comunitários, serviços de saúde, programas de apoio parental e grupos de pais, promovendo a inclusão social e o suporte intergeracional, como a participação dos avós na parentalidade (Barbosa et al., 2022; Paúl & Fonseca, 2015). A atuação articulada com a comunidade fortalece a resiliência familiar e reduz vulnerabilidades associadas a contextos rurais, isolamento social e pobreza.

5. Prevenção e intervenção em situações de risco

Famílias em contexto de vulnerabilidade, crianças com necessidades especiais ou situações de risco social requerem intervenção precoce e estruturada. O enfermeiro de família identifica sinais de stress parental, exaustão, práticas parentais disfuncionais ou riscos de negligência, intervindo com orientação, encaminhamento e monitorização contínua (Almeida et al., 2020; Keller et al., 2021).

Estudos portugueses demonstram que o acompanhamento estruturado pelo enfermeiro de família promove resultados positivos em parentalidade (cf. Tabela 7). Almeida et al. (2020) verificaram que o acompanhamento aumenta a confiança parental e reduz a ansiedade materna. Mendes et al. (2022) destacaram maior envolvimento ativo dos cuidadores e práticas parentais mais consistentes. Silva, Neves e Camarneiro (2021) reforçam que programas de parentalidade positiva, conduzidos por enfermeiros, melhoram a comunicação familiar e a satisfação parental, contribuindo para vínculos seguros e desenvolvimento infantil saudável.

Tabela 7 - Contributo do Enfermeiro de Família na Parentalidade (Evidência Nacional)

Autor(es) e Ano	Intervenção/Contexto	Principais Conclusões
Almeida et al., 2020	Portugal	Acompanhamento sistemático aumenta confiança parental, reduz ansiedade e fortalece práticas positivas.

Mendes et al., 2022	Portugal	Intervenção estruturada promove envolvimento ativo, afeto consistente e práticas parentais adequadas.
Silva, Neves & Camarneiro, 2021	Portugal	Programas de parentalidade positiva melhoram comunicação, consistência disciplinar e satisfação parental.

A nível internacional a literatura confirma a relevância do enfermeiro ou profissional de saúde familiar como mediador e facilitador da parentalidade (cf. Tabela 8). Leahy-Warren (2020) demonstrou que suporte profissional precoce aumenta a autoeficácia parental e o bem-estar materno. Delicate, Ayers e McMullen (2018) evidenciaram que a intervenção de profissionais reduz conflitos conjugais e favorece a adaptação parental, enquanto Kaminski et al. (2008) sublinham que programas estruturados de educação parental com apoio profissional são mais eficazes na prevenção de práticas coercitivas e promoção de vínculos seguros.

Tabela 8 - Contributo do Profissional de Saúde no Acompanhamento da Parentalidade (Evidência internacional)

Autor(es) e Ano	País/Contexto	Principais Conclusões
Leahy-Warren, 2020	Irlanda	Suporte precoce aumenta autoeficácia parental e bem-estar materno.
Delicate, Ayers & McMullen, 2018	Reino Unido	Intervenção profissional reduz conflitos conjugais e facilita adaptação parental.
Kaminski et al., 2008	EUA	Educação parental estruturada com suporte profissional promove práticas parentais positivas e vínculos seguros.

O enfermeiro de família desempenha um papel estratégico e multifacetado no acompanhamento da parentalidade, integrando avaliação, educação, mediação familiar, articulação comunitária e prevenção de riscos. A evidência nacional e internacional demonstra que o acompanhamento estruturado e contínuo, alinhado com programas de parentalidade positiva e modelos como o Nurturing Care (OMS, 2018), fortalece competências parentais, promove vínculos seguros, reduz comportamentos disfuncionais e contribui para o desenvolvimento integral da criança.

O desafio central consiste em garantir que estas intervenções sejam individualizadas, culturalmente adaptadas e sistemáticas, especialmente em contextos de vulnerabilidade

social ou isolamento familiar, assegurando que o papel do enfermeiro de família seja plenamente aproveitado como agente de promoção da parentalidade e do bem-estar infantil.

3.2 – Metodologia

A transição para a parentalidade constitui uma das fases mais exigentes e transformadoras do ciclo vital da família, implicando alterações estruturais, relacionais e emocionais que mobilizam intensamente os recursos individuais e familiares. Este processo é frequentemente acompanhado por sentimentos de insegurança, ansiedade, fadiga e sobrecarga, podendo desencadear vulnerabilidades significativas, como o stress parental, a diminuição da satisfação conjugal ou dificuldades de vinculação (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994).

A pertinência deste estudo decorre, assim, da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os desafios enfrentados pelas famílias na transição para a parentalidade e de analisar de que modo o acompanhamento de enfermagem, orientado pelo MDAIF, pode potenciar ganhos em saúde.

A relevância pode ser analisada em três dimensões fundamentais:

- Científica – reforçar o corpo de conhecimento em enfermagem de saúde familiar, evidenciando práticas de intervenção eficazes na parentalidade positiva (Relvas, 2000; Bornstein, 2015).
- Profissional – apoiar a melhoria contínua da prática clínica, identificando estratégias e desafios do enfermeiro de família em contexto de cuidados de saúde primários (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013). É uma necessidade sentida.
- Social – responder às necessidades concretas das famílias portuguesas, particularmente em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, isolamento social e meios rurais envelhecidos, onde a rede de suporte pode ser limitada (Barbosa et al., 2022).

Assim, este estudo assume relevância não apenas para a prática clínica do enfermeiro especialista, mas também para a formulação de políticas de saúde familiar sustentadas em princípios de proximidade, equidade e sustentabilidade dos cuidados.

Objetivo geral

- Analisar o contributo do enfermeiro de família no acompanhamento à parentalidade, identificando os principais desafios vivenciados pelas famílias e as estratégias de intervenção implementadas, de modo a evidenciar os ganhos em saúde associados à prática da enfermagem familiar.

Objetivos específicos

- Avaliar as famílias em transição para a parentalidade de acordo com o MDAIF;
- Identificar as necessidades emergentes em cada uma das suas dimensões;
- Estabelecer planos de intervenção ajustados às singularidades de cada família;
- Monitorizar os ganhos em saúde.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, inserido no paradigma compreensivo. Optou-se pelo estudo de caso múltiplo como metodologia (Yin, 2018), por permitir uma análise holística e contextualizada de fenómenos complexos. Esta abordagem possibilita compreender em profundidade a realidade de diferentes famílias, identificar padrões comuns e reconhecer singularidades, oferecendo um quadro rico e aplicável à prática clínica.

Participantes

Os participantes foram quatro famílias da lista da Enfermeira de Família da USF onde se realizou o estágio entre outubro de 2024 e janeiro de 2025. Para a seleção das famílias foram delineados critérios de inclusão e de exclusão.

Critérios de inclusão:

- Famílias com grávidas em idade gestacional ≥ 34 semanas à data de 01/10/2024;
- Famílias com crianças até 6 meses até à data de 01/10/2024, em acompanhamento na USF ou em visitas domiciliárias;
- Consentimento informado escrito para participação no projeto *Family2Care*. (Anexo 1)

Critérios de exclusão:

- Famílias que recusaram participação após esclarecimento;
- Família em que não foi possível garantir a continuidade do acompanhamento.

Recolha de dados

Os dados foram obtidos entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, recorrendo a técnicas diversificadas que permitiram a triangulação das fontes de informação (Flick, 2018):

- Visitas domiciliárias – avaliação da puérpera, do recém-nascido e do ambiente familiar.
- Consultas de enfermagem de saúde infantil – monitorização do crescimento e desenvolvimento e capacitação parental.
- Entrevistas semiestruturadas – conduzidas com base em guião orientador (MDAIF), incluindo questões lineares, circulares e reflexivas (Relvas, 1996), de forma a explorar percepções, promover reflexão e identificar necessidades. (Anexo 2)
- Sessões de educação para a saúde em grupo – intervenção educativa dirigida às quatro famílias em simultâneo, centrada na prevenção de acidentes, competências parentais e segurança infantil. (Anexo 3)

Instrumentos de avaliação familiar

O estudo teve como suporte o MDAIF (Figueiredo, 2012), que estrutura a avaliação em três dimensões – estrutural, de desenvolvimento e funcional – e integra pressupostos do pensamento sistémico e dos modelos de Calgary.

Foram aplicados os seguintes instrumentos:

- Genograma;
- Ecomapa;
- Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptada);
- Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II);
- APGAR Familiar de Smilkstein;
- Entrevista Familiar Sistémica (EFS) – orientada pelos princípios da neutralidade, hipotetização e circularidade, promovendo o diálogo entre membros, a partilha de percepções e a exploração de soluções (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012).
- Desenho infantil

Estes instrumentos foram complementados por técnicas narrativas e de reforço positivo, valorizando as forças da família e capacitando-a para a resolução de problemas.

Procedimentos éticos

Todas as famílias receberam informação detalhada sobre os objetivos e procedimentos do estudo, tendo assinado consentimento informado (Anexo 1). Para garantir a confidencialidade, foram utilizados pseudónimos e os dados foram anonimizados.

O estudo respeitou os princípios éticos da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013) e as orientações deontológicas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), nomeadamente no que se refere ao respeito pela autonomia, dignidade e privacidade das famílias.

Análise dos dados

Os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), permitindo a identificação de categorias e subcategorias emergentes a partir dos registos, entrevistas e observações. A triangulação metodológica reforçou a validade interna do estudo, ao integrar informação proveniente de diferentes técnicas de recolha. A interpretação dos dados foi enquadrada nos referenciais teóricos da parentalidade, parentalidade positiva e contributo do enfermeiro de família, articulando os resultados com a evidência nacional e internacional.

3.3 Avaliação e Intervenção Familiar

A explanação da prestação de cuidados iniciar-se-á com a referência ao número de consultas realizadas e os elementos familiares presentes. Em seguida, será apresentada a colheita de dados sobre: Composição familiar, Tipo de família, Presença de família extensa, Sistemas mais amplos, Classe social.

A avaliação familiar utilizará as dimensões do MDAIF (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional), considerando as áreas de atenção e critérios diagnósticos adequados. Seguida a avaliação do risco familiar e a avaliação do modelo Nurturing Care. Posteriormente a avaliação do desenho infantil efetuado pela criança mais velha da família. Por fim as intervenções necessárias serão descritas, juntamente com a avaliação de resultados.

3.3.1 Família 1 – Família Nobre

A família é composta por Duque (39 anos), Duquesa (37 anos) e Duarte (recém-nascido). Trata-se de uma família nuclear, constituída pelos subsistemas conjugal e parental, em processo de reorganização para integrar o novo papel da parentalidade.

A Família Nobre foi acompanhada entre outubro e janeiro de 2025, no âmbito da prática clínica de ESF. O acompanhamento incluiu uma consulta de saúde materna, uma visita domiciliária à puérpera, pai e ao recém-nascido, três consultas de saúde infantil e uma sessão de grupo (cf. Tabela 9). A visita domiciliar ocorreu de forma precoce, após o nascimento prematuro de Duarte, em outubro de 2024, o que possibilitou a observação da família no momento crítico da transição para a parentalidade, considerada uma das fases mais exigentes do ciclo vital (Meleis, 2010).

Tabela 9 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Nobre

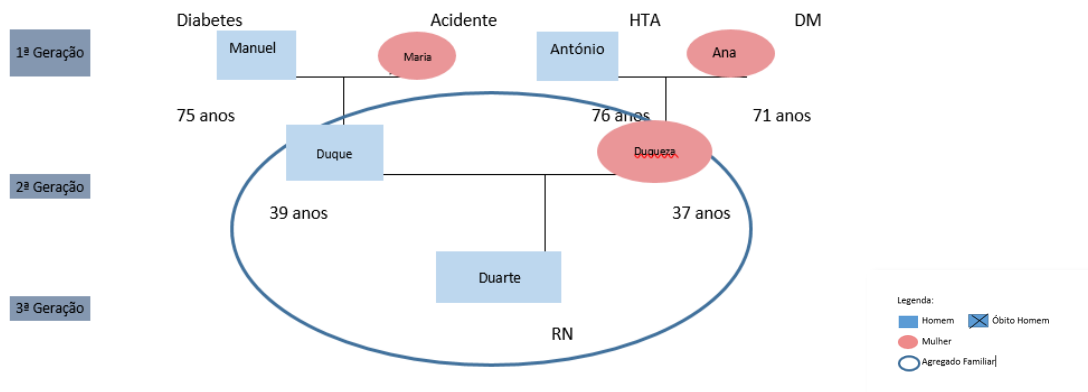
Consulta e os elementos da família presentes	Intervenção de enfermagem programada
1ª consulta Grávida	- Apresentação - Informação sobre estudo e consentimento - Consulta de enfermagem de saúde materna das 33-36 semanas
2ª consulta Visita domiciliar Pais e recém-nascido	- Realização de genograma e ecomapa escala de Graffar adaptado - Avaliação da dimensão estrutural do MDAIF - Avaliação do risco familiar - Consulta de Saúde Infantil e puérpera
3ª consulta 1 mês Pais e recém-nascido	- Avaliação da dimensão desenvolvimento e funcional - Avaliação do Modelo Nurturing Care - Consulta de Saúde Infantil e Planeamento Familiar - No primeiro mês foi realizada semanalmente consultas de enfermagem para monitorização de peso do Duarte e apoio parental ao casal.
4ª consulta Educação para a saúde em grupo Pais e recém-nascido	- Sessão de educação para a saúde - Literacia em saúde
5ª consulta Pais e recém-nascido	- Consulta de saúde Infantil – 2 meses - Avaliação de resultados

Avaliação Estrutural (Dimensão estrutural do MDAIF)

A avaliação estrutural foi realizada com recurso ao genograma, ao ecomapa e à escala de Graffar adaptada (Figueiredo, 2012).

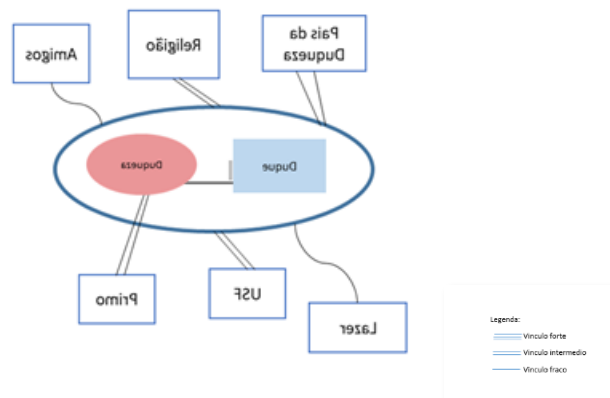
As questões lineares, dirigidas aos elementos da família, permitiram identificar a composição e caracterizar os vínculos familiares (“Quem vive consigo em casa?”; “Com quem pode contar no dia a dia para apoio?”). O genograma (cf. Figura 2) evidenciou uma rede intergeracional próxima e significativa, com envolvimento ativo dos avós maternos, que prestam suporte emocional e instrumental diário. A Duquesa referiu: “*A minha mãe não consegue estar um dia sem ver o neto*”, enquanto o Duque acrescentou: “*A minha sogra é um grande apoio, ajuda-nos na alimentação para estarmos mais tempo com o pequeno*”.

Figura 2 – Genograma da família Nobre



O ecomapa (cf. Figura 3) revelou uma rede social restrita, mas sólida, com destaque para os vínculos fortes à família extensa, à Unidade de Saúde Familiar (USF) e à comunidade religiosa, apesar de referirem “*Temos poucos amigos, mas bons*”. Observa-se valorização da qualidade das relações em detrimento da quantidade, característica associada a maior resiliência familiar em situações de crise (Belsky & Rovine, 2021). Contudo, a limitação da rede social fora da família extensa representa uma vulnerabilidade em caso de necessidade de maior suporte.

Figura 3 – Ecomapa da família Nobre



Na avaliação socioeconómica, através da Escala de Graffar adaptada, a família foi classificada na classe média. O casal refere estabilidade financeira: “*Já sabíamos que para ter um filho tínhamos que ter capacidade económica*”. Durante a visita domiciliária, observou-se habitação própria com boas condições de higiene, saneamento e conforto, o que constitui um fator protetor. Durante a visita domiciliária, constatou-se que a família habita em moradia própria, classificada como grau 2 de habitabilidade, com condições adequadas de higiene, saneamento e conforto. A habitação dispõe de abastecimento de água da rede pública, eletricidade, cozinha equipada com eletrodomésticos básicos e sistema de aquecimento elétrico quando necessário. Estas condições constituem fatores protetores, assegurando ambiente seguro e promotor de saúde.

Forças identificadas - Estabilidade económica, permitindo planeamento familiar; habitação própria, adequada e segura; rede de suporte intergeracional próxima, com forte envolvimento dos avós maternos; Vínculos sólidos à USF e à comunidade religiosa.

Vulnerabilidades - rede social restrita fora da família extensa, com risco de isolamento em situações de crise; dependência significativa do suporte dos avós maternos, que pode gerar fragilidade se este apoio falhar.

Avaliação de Desenvolvimento (Dimensão desenvolvimento do MDAIF)

De acordo com Relvas (1996), a família encontra-se na etapa do ciclo vital “família com filhos pequenos”, marcada pela redefinição de papéis e pelo ajustamento à parentalidade.

Na avaliação da satisfação conjugal, foram utilizadas questões circulares e reflexivas, de modo a explorar percepções recíprocas e promover reflexão. Exemplos: “Como sente que a forma como o seu companheiro participa nas tarefas influencia o seu bem-estar?”; “De que maneira a forma como comunicam um com o outro ajuda a ultrapassar esta nova fase?”. A Duquesa refere: “*É bom ter um companheiro que me entende, falamos muito daquilo que sentimos*”; o Duque acrescenta: “*Não tinha pensado nisso, mas fazemos uma boa dupla, e o facto de falarmos ajuda-nos enquanto casal*”. O reforço positivo foi utilizado pelo enfermeiro para valorizar as estratégias conjugais eficazes: “*Estão a dar um excelente exemplo ao Duarte ao mostrarem partilha e comunicação no vosso relacionamento*”. Esta técnica, descrita por Figueiredo (2012), é fundamental para mobilizar forças familiares e potenciar resiliência.

Na área do papel parental, as questões lineares (ex.: “Como têm realizado os cuidados ao coto umbilical?”) permitiram identificar dificuldades e incertezas, enquanto as questões reflexivas (ex.: “Como imaginam que o Duarte se sente quando o colocam ao colo de forma diferente?”) favoreceram a construção de novas perspetivas. Ambos verbalizaram insegurança: “*Ainda é tudo muito novo*”. Esta verbalização confirma a necessidade de apoio profissional, em consonância com a evidência que associa a intervenção precoce do enfermeiro à redução da ansiedade parental (Almeida et al., 2020; Leahy-Warren, 2020).

Forças identificadas - relação conjugal satisfatória, marcada por diálogo, respeito e apoio mútuo; comunicação eficaz como estratégia de coesão conjugal e familiar; motivação para aprender e disponibilidade para investir no papel parental; participação ativa do pai, favorecendo a coparentalidade.

Vulnerabilidades - inexperiência parental e insegurança nos cuidados básicos; impacto inicial do parto prematuro, exigindo maior suporte técnico e emocional; necessidade de treino contínuo em competências parentais para reduzir ansiedade e promover confiança.

Em síntese, a Família Nobre encontra-se em processo de adaptação à etapa de “família com filhos pequenos”, apresentando como principais forças a satisfação conjugal e a comunicação eficaz, que funcionam como fatores protetores na transição. No entanto, a vulnerabilidade associada à inexperiência parental e ao contexto de parto prematuro reforça a necessidade de intervenção precoce de enfermagem, com foco no treino de competências parentais e na consolidação da autoconfiança, de modo a potenciar a resiliência familiar.

Avaliação Funcional (Dimensão funcional do MDAIF)

A dimensão funcional do MDAIF foca-se nos processos interacionais da família, incluindo comunicação, coping, interação de papéis, expressividade emocional, tomada de decisão e resolução de problemas (Figueiredo, 2012). Esta dimensão permite compreender como os membros da família se relacionam entre si e com o contexto, de modo a identificar tanto as forças que sustentam a resiliência como as vulnerabilidades que podem comprometer a adaptação ao longo do ciclo vital.

Na Família Nobre, a avaliação funcional foi realizada com recurso a instrumentos validados, nomeadamente o APGAR Familiar de Smilkstein e a Escala FACES II, complementados por questões circulares, reflexivas e lineares que permitiram aprofundar a compreensão das dinâmicas internas. A comunicação mostrou-se aberta, eficaz e respeitosa, favorecendo a expressão de sentimentos, necessidades e expectativas. O casal revela capacidade de diálogo constante, quer na esfera conjugal, quer no exercício do papel parental. Quando questionados sobre como lidam com preocupações e dificuldades, foi possível a escuta ativa e validação das emoções. A Duquesa afirmou: *“É bom ter um companheiro que me entende, falamos muito daquilo que sentimos”*, enquanto o Duque acrescentou: *“Fazemos uma boa dupla, e o facto de falarmos ajuda-nos enquanto casal”*. A comunicação clara constitui um fator protetor essencial, dado que a literatura sublinha a associação entre qualidade comunicacional e maior coesão familiar, bem como melhor adaptação a eventos de crise (Relvas, 1996; Walsh, 2020).

O padrão de coping identificado foi predominantemente centrado na autossuficiência, conforme verbalizado pela Duquesa: *“Em nossa casa resolvemos os nossos problemas e até agora tem corrido bem”*. Este estilo evidencia resiliência e autonomia, mas simultaneamente pode aumentar o risco de isolamento social em contextos de maior exigência, reduzindo a eficácia das redes de suporte externas. A intervenção do enfermeiro incluiu questões reflexivas: *“Como imaginam que poderia ser útil envolver outras pessoas da vossa rede em momentos de maior exigência?”*. Esta estratégia teve como objetivo estimular a perceção de que recorrer a apoio externo não diminui a competência familiar, mas antes reforça a capacidade de resposta em situações de vulnerabilidade.

No seio da Família Nobre, a partilha de papéis apresenta-se equilibrada e negociada, sem sinais de sobrecarga ou conflitos significativos. A Duquesa referiu: *“No que poder fazer durante o dia vou fazendo, mas se for necessário ele ajuda”*, enquanto o Duque complementou: *“Temos tarefas distribuídas, as coisas mais pesadas são para mim”*. Esta dinâmica traduz-se numa colaboração ajustada, essencial para a adaptação ao nascimento

de Duarte e para a prevenção de sobrecarga materna no pós-parto. A presença ativa do pai nos cuidados ao recém-nascido reforça o vínculo parental e traduz uma mudança cultural progressiva, alinhada com a literatura que aponta para a importância da coparentalidade positiva como promotora do desenvolvimento saudável da criança e da satisfação conjugal (Cabrera et al., 2018).

Observou-se que ambos os membros do casal valorizam a partilha emocional e reconhecem no companheiro uma fonte de apoio. A verbalização de sentimentos positivos e o reforço recíproco foram visíveis ao longo das consultas, o que demonstra um padrão funcional de expressividade. O reforço positivo do enfermeiro foi igualmente utilizado como estratégia para consolidar estas práticas: *“É admirável a forma como valorizam o diálogo e o respeito mútuo, isso fortalece a vossa união enquanto família”*. As decisões são descritas como partilhadas e consensuais, com espaço para negociação e respeito mútuo. Tal competência facilita a adaptação ao novo papel parental e contribui para uma organização funcional do sistema familiar, prevenindo situações de conflito.

Forças identificadas - comunicação aberta, eficaz e respeitosa; coping resiliente, com forte sentido de autossuficiência; partilha de papéis equilibrada, com envolvimento ativo do pai; expressividade emocional adequada, suporte mútuo e validação recíproca; tomada de decisão partilhada e negociada.

Vulnerabilidades - tendência para isolamento social devido à centralização do coping na autossuficiência; rede social restrita fora da família extensa, podendo limitar recursos de apoio em situações de crise.

Os dados obtidos através das entrevistas com a família estão patentes na Tabela 10.

Tabela 10 – Avaliação MDAIF da família Nobre

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro
	Precaução de segurança	Precauções de segurança demonstrado
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Animal doméstico	_____
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida
	Papel parental	Papel Parental não adequado
Dimensão funcional	Processo familiar	Processo Familiar não disfuncional

Avaliação do Risco Familiar

Foi também realizado a avaliação de risco familiar, critério de avaliação nas consultas de saúde infantil como descrito no programa de saúde infantil da DGS, como se apresenta na tabela do Anexo 4.

A DGS descreve no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção nos maus-tratos em crianças e jovens (DGS, 2011), que no que respeita aos fatores de risco de maus-tratos, considera-se que os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis bio-psico-sociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Os fatores de risco, por si sós, não provam a existência de maus-tratos; apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento. Os fatores de risco dizem respeito à criança/jovem, família e/ou cuidadores e aos contextos de vida. Os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco. Incluem-se neste conjunto fatores que dizem respeito à criança/jovem, à família e/ou cuidadores e aos contextos de vida. Os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre fatores de risco e proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos.

A avaliação do risco familiar da família Nobre evidenciou como fator de risco relevante o nascimento prematuro e o baixo peso da criança, condição que acarreta maior vulnerabilidade clínica e emocional, exigindo acompanhamento próximo e vigilância regular. Contudo, identificaram-se múltiplos fatores de proteção que mitigam significativamente esta vulnerabilidade, destacando-se o bom desenvolvimento global da criança, a presença de competências parentais adequadas, uma organização familiar estruturada com regras claras e mecanismos consistentes de controlo, bem como segurança económica e acesso facilitado aos recursos comunitários. De acordo com Walsh (2016), famílias com rotinas estáveis e mecanismos de apoio eficazes revelam maior capacidade de resiliência perante situações de adversidade, favorecendo práticas parentais positivas. Também Bronfenbrenner (2005), no seu modelo ecológico do desenvolvimento humano, enfatiza a importância da interação entre recursos familiares e comunitários na promoção do bem-estar infantil. Neste sentido, a OMS(2020) reconhece que a segurança económica e o acesso a serviços de saúde e apoio social constituem determinantes críticos para a redução da vulnerabilidade familiar. Assim, apesar da presença de um fator de risco clínico importante, o conjunto robusto de fatores protetores coloca a família numa posição favorável, reforçando a necessidade de manter a

monitorização clínica e o acompanhamento de enfermagem familiar, de modo a sustentar e potenciar os recursos já existentes.

Avaliação do modelo Nurturing Care

A aplicação do modelo Nurturing Care à família Nobre permite identificar dimensões promotoras de desenvolvimento saudável, bem como áreas de intervenção prioritárias. Observa-se que a criança apresenta boa evolução clínica, com nutrição adequada assegurada através da amamentação, o que constitui um fator protetor essencial nos primeiros meses de vida. No domínio da segurança e proteção, verifica-se, contudo, a necessidade de capacitação parental no sentido de reforçar estratégias que garantam um ambiente doméstico seguro e preventivo de acidentes. De igual modo, no eixo da aprendizagem e estímulos precoces, emerge a necessidade de apoiar os cuidadores na promoção da estimulação cognitiva, através da criação de oportunidades de interação, jogos e atividades adequadas à idade. Por outro lado, os cuidados afetivos e responsivos revelam-se fortalecidos, dado que os pais se mostram atentos às necessidades da criança, assegurando uma resposta consistente e afetuosa. Esta análise (cf. Tabela 11) evidencia que, embora a família apresente recursos sólidos em várias dimensões, a intervenção de enfermagem familiar deve centrar-se na capacitação parental para a manutenção de um ambiente seguro e na promoção de práticas de estimulação cognitiva, potenciando o desenvolvimento global da criança em consonância com as orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018).

Tabela 11 - Avaliação da família Nobre pelo Modelo Nurturing Care

Saúde	Boa evolução
Nutrição adequada	Amamentação
Segurança e proteção	Necessidade de capacitação para manter o ambiente seguro
Aprendizagem e estímulos precoce	Necessidade de capacitação para estimulação cognitiva
Cuidados afetivos e responsivo	Pais atentos

Plano de Intervenção

A aplicação do MDAIF à família Nobre permitiu revelar que a família Nobre possui competências protetoras e emergiram dúvidas relativas à execução de cuidados básicos ao recém-nascido, traduzindo-se no diagnóstico de papel parental não adequado, com

evidências de conhecimento insuficiente do papel, ausência de aprendizagem prévia de habilidades e verbalizações dos pais que expressam insegurança no desempenho dos cuidados (“*Sabemos como se faz mas ainda temos dúvidas...*”).

Perante esta realidade, foram delineadas e negociadas com a família intervenções educativas e de treino prático, centradas no desenvolvimento de competências parentais e na promoção da autoconfiança dos cuidadores como consta descrito na tabela 12.

Tabela 12 - Intervenções negociadas com a família Nobre relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.

Critérios de Diagnóstico	<p>“<i>Ambos os pais referem que estão numa situação nova</i>”.</p> <p><i>Sabemos como se faz mais ainda temos dúvidas, podemos a estar a fazer algo que possa magoar o Duarte</i>”</p>
Foco de atenção	<p>Papel Parental não adequado</p> <p>Conhecimento do papel não demonstrado</p> <p>Sem aprendizagem de habilidades</p>
Intervenções	<p>Ensinar/instruir/treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical</p> <p>Ensinar/instruir/treinar os pais sobre aleitamento materno</p> <p>Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido</p> <p>Ensinar os pais sobre a perda fisiológica</p> <p>Ensinar/instruir/treinar os pais sobre o posicionamento do recém-nascido</p> <p>Ensinar/instruir/treinar os pais sobre os cuidados de higiene ao recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre vigilância de saúde</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre o processo de vinculação</p> <p>Realizar sessão de educação para a saúde em grupo sobre prevenção de acidentes e as características e competências do recém-nascido. (Anexo III)</p>
<p>Resultados</p> <p>Data da avaliação dos resultados – 11/2024 e 12/2024</p>	<p>Confiança parental aumentada: “<i>Todos os dias aprendemos com o Duarte</i>” (Duquesa);</p> <p>Partilha reforçada de responsabilidades: “<i>Com a ajuda da mãe faço um ótimo trabalho</i>” (Duque);</p> <p>Duquesa refere que continua a ler os livros que a equipa de saúde lhe indicou, utilização de recursos educativos, como leitura de materiais recomendados pela equipa de saúde;</p> <p>Duarte encontra-se com evolução de crescimento, com bom cuidado de higiene e os pais atentos</p> <p>Com a realização da sessão de educação para a saúde conseguiram visualizar a esperada evolução do recém-nascido até aos 6 meses. Foi um momento de partilha entre pais. O Duarte não apresentou nenhuma lesão por acidente.</p>
	<p>Papel Parental adequado</p> <p>Conhecimento do papel demonstrado</p>

	Aprendizagem de habilidades (verificação em todas as consultas)
--	--

A avaliação e intervenção da Família Nobre evidenciam a pertinência do MDAIF e da EFS como referenciais para a prática de enfermagem de família. A utilização de questões lineares possibilitou a recolha de dados objetivos, as questões circulares favoreceram a compreensão das interações e das percepções recíprocas, as questões reflexivas estimularam a construção de novas perspectivas, e o reforço positivo valorizou as forças familiares, mobilizando recursos internos.

Este processo traduziu-se em ganhos em saúde familiar: fortalecimento da parentalidade positiva, aumento da confiança parental, prevenção de riscos e reforço da funcionalidade familiar. Os resultados confirmam a evidência científica que reconhece o papel do enfermeiro de família como agente promotor de adaptação, vinculação e desenvolvimento saudável (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Bornstein, 2015; Leahy-Warren, 2020).

3.3.2 Família 2 – Família Cavaleiro

A Família Cavaleiro foi acompanhada, tendo decorrido uma visita domiciliária ao recém-nascido, três consultas de saúde infantil e uma sessão de educação em saúde em grupo (cf. Tabela 13). Este estudo de caso permitiu observar a transição da família para a parentalidade numa configuração já ampliada, uma vez que, para além do recém-nascido Artur (nascido em setembro de 2024), a família inclui Afonso, de sete anos, filho mais velho do casal, e os progenitores Henriqueta (39 anos) e Salvador (44 anos).

Trata-se de uma família nuclear, organizada nos subsistemas conjugal e parental, com integração da família extensa (avó materna), que reside no mesmo agregado.

Tabela 13 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Cavaleiro

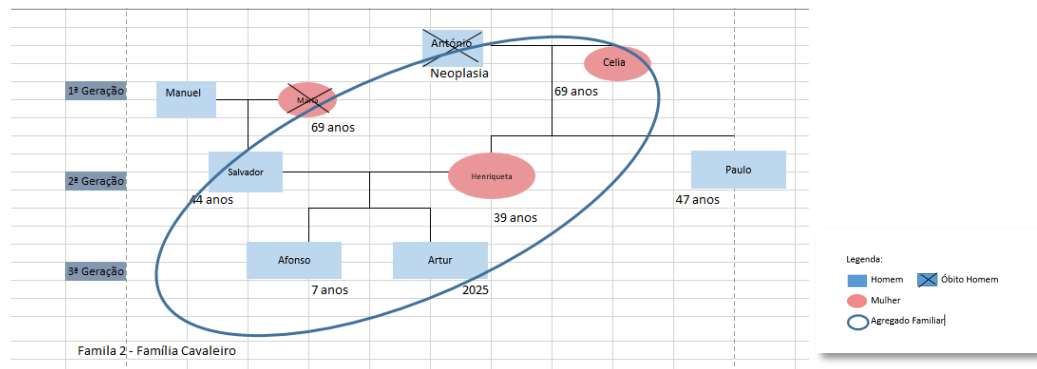
Consulta e os elementos da família presentes	Intervenção de enfermagem programada
<p>1ª consulta</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Mãe, recém-nascido, filho mais velho e avó</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Informação sobre estudo e consentimento - Realização de genograma, ecomapa e escala de Graffar adaptado - Avaliação da dimensão estrutural do MDAIF - Avaliação do risco familiar
<p>2ª consulta</p> <p>Mãe e recém-nascido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da dimensão desenvolvimento e funcional - Avaliação do Modelo Nurturing Care - Consulta de Saúde Infantil e Planeamento Familiar
<p>3ª consulta</p> <p>Educação para a saúde em grupo</p> <p>Pais, recém-nascido e filho mais velho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Literacia em saúde - Sessão de educação para a saúde em grupo
<p>4ª consulta</p> <p>Mãe e recém-nascido e filho mais velho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de saúde Infantil – 2 meses - Avaliação de resultados

Avaliação Estrutural (Dimensão estrutural do MDAIF)

Na dimensão estrutural do MDAIF (Figueiredo, 2012), procurou-se identificar a composição da família, os vínculos internos e externos, e os determinantes socioeconómicos e habitacionais.

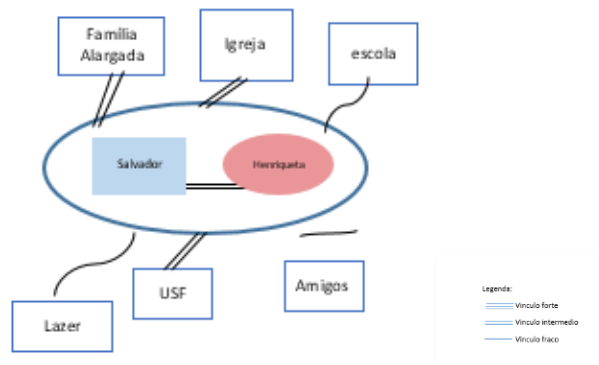
O genograma (cf. Figura 4) permitiu explorar os vínculos emocionais e intergeracionais, evidenciando a presença significativa da avó materna como elemento de suporte diário, particularmente no cuidado do filho mais velho, Afonso. Esta configuração familiar traduz o modelo de suporte intergeracional identificado por Barbosa et al. (2022) como fundamental em contextos de maior exigência parental.

Figura 4 – Genograma da família Cavaleiro



O ecomapa (cf. Figura 5) revelou relações de proximidade com a USF e a comunidade religiosa, mas também verbalização de algum isolamento social após o nascimento de Artur: “*Temos amigos, mas com o nascimento dos filhos estamos mais isolados*” (Henriqueta). O recurso a questões circulares (“De que forma sentem que esse afastamento dos amigos influencia a vossa vida em família?”) permitiu perceber que o isolamento foi aceite como escolha necessária, mas não vivenciado com sofrimento.

Figura 5 – ecomapa da família Cavaleiro



Através da Escala de Graffar adaptada, a família foi classificada na classe média. Henriqueta e Salvador exercem atividade profissional por conta de outrem, referindo rendimento suficiente para assegurar despesas, embora com o contributo regular da avó: “*A minha mãe também ajuda com as despesas*” (Henriqueta).

Na visita domiciliária, verificaram-se condições habitacionais adequadas: moradia própria, saneamento básico, acesso a água canalizada e eletricidade, higiene cuidada e espaço suficiente para os elementos da família.

Forças Identificadas - habitação adequada; rendimento familiar suficiente; suporte intergeracional diário.

Vulnerabilidades - isolamento social crescente, ausência do pai devido a trabalho.

Avaliação de Desenvolvimento (Dimensão Desenvolvimento do MDAIF)

De acordo com Relvas (1996), a família encontra-se na etapa do ciclo vital “família com filhos em idade escolar”, exigindo simultaneamente adaptação à chegada do recém-nascido e manutenção do equilíbrio nas necessidades do filho mais velho.

A satisfação conjugal foi explorada com questões lineares (“Quanto tempo conseguem estar juntos durante a semana?”) e circulares (“Quando o Salvador está ausente por trabalho, como sente a Henriqueta essa ausência e que impacto considera que tem no vosso relacionamento?”). Henriqueta verbalizou: *“Gostava que o meu marido estivesse mais presente, mas compreendo que o trabalho o mantém afastado”*. Salvador, por sua vez, reforçou o desejo de proximidade: *“Sempre que posso, venho logo para casa, ainda mais agora com o pequeno”*.

Apesar das limitações impostas pela ausência laboral, a relação conjugal mantém-se funcional, embora marcada por menor disponibilidade temporal. O reforço positivo foi utilizado pelo enfermeiro para valorizar o esforço de Salvador em conciliar o trabalho com a presença familiar: *“É muito importante para a família que consiga estar presente sempre que possível, isso mostra o vosso compromisso enquanto casal e pais”*.

No domínio do papel parental, Henriqueta demonstrou segurança em alguns cuidados, pela experiência prévia com o filho mais velho, mas também referiu necessidade de atualização: *“É sempre bom ouvir novamente, mas com o segundo já é mais fácil”*. Já Salvador verbalizou maior proatividade durante as consultas, afirmando: *“Entendo agora a importância do contato físico e da proximidade com os meus filhos”*. Esta mudança foi estimulada com questões reflexivas: “Como imagina que o Artur se sente quando é confortado por si, mesmo após estar ausente?”, o que levou Salvador a reconhecer o valor do envolvimento paterno.

Forças identificadas - experiência materna prévia; esforço paterno de envolvimento; reconhecimento da importância da proximidade afetiva.

Vulnerabilidades - ausência prolongada do pai; isolamento social; necessidade de atualização em competências de estimulação precoce.

Avaliação Funcional (Dimensão funcional do MDAIF)

A dimensão funcional centrou-se na comunicação, coping e papéis familiares (Figueiredo, 2012).

Através do APGAR Familiar, verificou-se uma família funcional, embora dependente da avó materna para o equilíbrio quotidiano. O FACES II confirmou coesão moderada e adaptabilidade preservada.

Foram utilizadas questões circulares para compreender o impacto da ausência paterna na dinâmica familiar: *“Quando o Salvador está ausente, de que forma a avó compensa essa ausência e como percebe o Afonso esse apoio?”*. Esta abordagem permitiu identificar a avó como elemento estabilizador, assegurando o cuidado do filho mais velho e reforçando a resiliência do sistema familiar.

O coping familiar foi explorado com questões lineares (*“O que fazem habitualmente quando enfrentam uma dificuldade?”*). Henriqueta respondeu: *“Apoiamo-nos muito na minha mãe, ela é o meu suporte quando o Salvador está ausente”*. Apesar de alguma sobrecarga, não foram identificados conflitos de papéis, prevalecendo a cooperação.

O reforço positivo foi utilizado para valorizar o envolvimento da avó: *“É notável a forma como a avó contribui para o equilíbrio familiar, esse apoio fortalece toda a família”*.

Forças identificadas - comunicação preservada; suporte intergeracional; adaptabilidade.

Vulnerabilidades - risco de sobrecarga materna; dependência excessiva da avó.

A Tabela 14 apresenta os dados obtidos das entrevistas com a família Cavaleiro através do MDAIF.

Tabela 14 - Avaliação MDAIF da família Cavaleiro

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro
	Precaução de segurança	Precauções de segurança demonstrado
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Animal doméstico	-----
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida
	Papel parental	Papel Parental não adequado
Dimensão funcional	Processo familiar	Processo familiar não disfuncional

Avaliação do Risco Familiar

A avaliação do risco familiar da família Cavaleiro não evidenciou a presença de fatores de risco ou de agravamento com relevância clínica. Pelo contrário, foram identificados múltiplos fatores de proteção que contribuem para a promoção da saúde e bem-estar da criança. Destaca-se, em primeiro lugar, o bom nível de desenvolvimento global apresentado, indicador essencial que reflete práticas parentais adequadas e cuidados consistentes, assegurando um percurso de crescimento saudável. A par deste dado, verificou-se a existência de capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários, condição fundamental para a utilização de recursos formais de saúde, sociais e educativos, o que permite à família mobilizar apoios sempre que necessário, prevenindo a acumulação de situações de risco. Adicionalmente, a segurança económica do agregado familiar confere estabilidade e garante a satisfação das necessidades básicas, reduzindo a vulnerabilidade perante contextos de privação, frequentemente descritos na literatura como determinantes sociais de saúde associados ao aumento do risco de negligência e instabilidade familiar (WHO, 2020; Marmot & Wilkinson, 2006).

A análise global revela, assim, uma estrutura familiar caracterizada por forte presença de fatores protetores e ausência de indicadores de risco ou agravamento. Estes elementos reforçam a resiliência familiar, entendida como a capacidade de resposta adaptativa a potenciais adversidades, assegurando um ambiente protetor e promotor de desenvolvimento. Para a enfermagem familiar, esta avaliação orienta a intervenção não para a correção de défices, mas para a manutenção e reforço dos recursos já existentes, assegurando vigilância contínua do desenvolvimento infantil, promoção da saúde e prevenção de situações de risco futuro. A família Cavaleiro constitui, portanto, um exemplo de equilíbrio funcional e de resiliência, onde a predominância de fatores protetores garante condições favoráveis ao crescimento e bem-estar da criança.

Avaliação do modelo Nurturing Care

A aplicação do Nurturing Care à família Cavaleiro (cf. Tabela 15) evidencia um conjunto de dimensões promotoras de saúde e bem-estar, mas também áreas específicas onde se identificam necessidades de capacitação parental. No domínio da saúde, a criança apresenta uma evolução adequada, refletindo práticas de cuidado consistentes, enquanto a nutrição se encontra assegurada através da amamentação, considerada fator protetor fundamental para o desenvolvimento nos primeiros meses de vida. No entanto, à semelhança do que foi observado noutras famílias em estudo, emergiu a necessidade de capacitação relativamente à manutenção de um ambiente seguro, nomeadamente na prevenção de acidentes

domésticos, e à promoção da estimulação cognitiva precoce, aspetos determinantes para o desenvolvimento integral da criança.

Por outro lado, destaca-se a dimensão dos cuidados responsivos, uma vez que os pais se demonstram atentos às necessidades do filho, estabelecendo uma relação de proximidade afetiva que favorece a vinculação segura. Este equilíbrio entre fatores protetores e necessidades de capacitação reforça a importância da intervenção da enfermagem familiar na promoção de competências parentais, com enfoque no treino prático e educação para a saúde, potenciando a capacidade da família em manter um ambiente seguro e em estimular precocemente a criança. Tal como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, UNICEF & World Bank, 2018), o fortalecimento das dimensões de segurança e aprendizagem precoce constitui um eixo estratégico para a promoção do desenvolvimento infantil e para a consolidação da resiliência familiar.

Tabela 15 - Avaliação da Família Cavaleiro pelo Modelo Nurturing Care

Saúde	Boa evolução
Nutrição	Amamentação
Segurança e proteção	Necessidade de capacitação para manter o ambiente seguro
Aprendizagem precoce	Necessidade de capacitação para estimulação cognitiva
Cuidados responsivo	Pais atentos

Desenho infantil

De forma a conhecer a imagem que o filho mais velho tinha da família foi proposto o desenho da família. De refere que este desenho foi realizado após a sessão de grupo com os pais e os dois filhos estiveram presentes. Dado o conhecimento que o pai raramente dava banho ao Artur, nesta sessão foi proposta ao Salvador e ao filho mais velho se poderiam ajudar na demonstração do banho para identificar onde fazer a prevenção de acidentes durante o banho. Salvador demonstrou se, muito pró-ativo e com dinamismo para o fazer.

O desenho da família é uma técnica projetiva de natureza gráfica, amplamente utilizada na avaliação psicológica com crianças (dos 5 aos 16 anos) pela sua capacidade de aceder, de forma simbólica e não-verbal, às representações internas do sujeito relativamente ao seu sistema familiar. Esta técnica permite explorar aspetos como os vínculos afetivos percebidos, os papéis familiares, o grau de coesão ou distância emocional, e a posição subjetiva da criança no seio da família (Corman, 1964; Hammer, 1997).

A análise dos desenhos assenta em múltiplos indicadores, entre os quais se destacam: a firmeza e fluidez do traço, a disposição espacial e relacional das figuras, o grau de detalhe e de investimento gráfico, a presença (ou ausência) de partes do corpo, os elementos contextuais e o uso das cores (Luiz, 2002; Oaklander, 1988). Estes elementos permitem inferir não só aspetos emocionais e relacionais, mas também a maturidade do desenvolvimento simbólico e possíveis conteúdos inconscientes ou fantasias.

Neste contexto, a técnica funciona como um espaço de expressão livre, que reflete tanto a realidade interna como os desejos e idealizações da criança. Assim, os desenhos que se seguem serão interpretados à luz da abordagem psicodinâmica, com base nas contribuições teóricas de autores como Corman (1964), Hammer (1997), Oaklander (1988), Luiz (2002) e Burns e Kaufman (1972).

Figura 6 – Desenho da família realizado pelo filho mais velho da família Cavaleiro



A análise e interpretação dos desenhos da família foi realizada com o apoio técnico da psicóloga, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia da Educação, Psicologia Comunitária e Neuropsicologia. Com experiência consolidada na avaliação psicológica infantil em contextos clínicos e escolares, a sua intervenção visou assegurar maior rigor metodológico e fundamentação técnica na interpretação dos conteúdos simbólicos e relacionais presentes nas produções gráficas das crianças, considerando os pressupostos teóricos da avaliação projetiva no contexto da psicologia do desenvolvimento.

De forma resumida, da esquerda para a direita: a criança mais velha, primeiramente, desenha-se a si própria, seguido do pai, mãe e avó. O esquema corporal da figura humana apresenta-se empobrecido, com poucos elementos diferenciadores de género, sem detalhes ou ornamentos, incluindo apenas algumas peças de vestuário. Verifica-se reduzido investimento nas figuras humanas, com omissão de partes do corpo, como as mãos e os pés, denotando falta de afetividade entre os diversos elementos da família. As fâcias apresentam

ligeira apatia. Apesar da proximidade com a avó, desenha-a mais afastada de si própria. O cuidador que desenha junto a si é o pai, com quem terá a relação mais privilegiada ou conhecendo a família tenta o fazer. O pai ajuda a mãe em relação ao filho mais novo. Relativamente ao tamanho da criança, verifica-se proporcionalmente quase do mesmo tamanho em relação às restantes figuras, traduzindo a necessidade afetiva que pode estar a vivenciar. O traço frágil e as figuras estereotipadas são sugestivas da presença de inibição e imaturidade.

Explorando um pouco mais a análise deste desenho da família, o mesmo revela traços gráficos pouco expressivos, com linhas tênues e hesitantes, sugerindo inibição, possível insegurança e baixa assertividade. Observa-se um escasso investimento nos imagos parentais e fraternos, com figuras esquemáticas, desprovidas de detalhes e sem individualização, o que pode indicar dificuldades na representação interna das figuras significativas, assim como um fraco vínculo afetivo com os membros do sistema familiar.

A composição global é pobre em elementos relacionais e simbólicos, havendo uma ausência de gestualidade e de recursos expressivos que denotem interação entre os personagens. A omissão das mãos e dos pés reforça a hipótese de sentimentos de impotência, passividade ou dificuldade na ação e na expressão de afeto e iniciativa no contexto familiar. A falta de ligação entre os elementos do desenho sugere uma representação de uma família emocionalmente distante, possivelmente marcada por vínculos frágeis e escassa coesão afetiva.

Apesar do empobrecimento geral, destaca-se a presença de uma linha de base que serve de suporte às figuras. Este elemento, embora simples, é clinicamente relevante: pode representar uma necessidade inconsciente de estrutura e estabilidade emocional, funcionando como uma âncora simbólica que organiza minimamente o espaço gráfico. Em contextos de retraimento ou insegurança, a linha de base pode ainda simbolizar uma tentativa de controlo emocional ou de contenção da ansiedade, introduzindo um limite que oferece sentido e orientação ao desenho. A sua inclusão revela também algum nível de contacto com a realidade objetiva, o que sugere que, apesar da fragilidade expressiva, a criança mantém alguma organização simbólica e noção de suporte no seu funcionamento psíquico.

No plano do desenvolvimento emocional, este tipo de produção gráfica pode ser indicativo de uma organização afetiva marcada por insegurança, retraimento emocional e baixa autoestima. A ausência de detalhes, a omissão de partes do corpo e a rigidez ou vazio entre as figuras apontam para dificuldades na simbolização das relações e na integração de vínculos significativos. O desenho poderá traduzir um funcionamento defensivo, assente em

mecanismos de evitamento ou dissociação emocional face a vivências familiares sentidas como desorganizadas ou pouco seguras.

Em termos cognitivos, a fraca organização espacial e o pouco investimento formal nas figuras podem ser expressão de um nível gráfico abaixo do esperado para a idade, ou ainda resultado de bloqueios emocionais que comprometem a expressão do potencial simbólico e representacional. A leitura clínica deste tipo de produção deve, por isso, ser integrada com outros instrumentos e observações, garantindo uma compreensão multifatorial e contextualizada do funcionamento psicológico da criança.

De referir que esta criança está a ser acompanhada na consulta de desenvolvimento num Hospital.

Plano de Intervenção

A aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) possibilita ao enfermeiro de família identificar, em conjunto com os membros da família, áreas críticas e recursos que influenciam a sua funcionalidade. O estabelecimento de critérios de diagnóstico permite ajuizar sobre cada dimensão em análise, integrando a informação recolhida no contexto global do sistema familiar e sustentando a tomada de decisão clínica partilhada. No caso da família em estudo, emergiu como foco prioritário o papel parental não adequado, manifestado pela necessidade expressa dos pais em adquirir conhecimentos sobre estimulação cognitiva e prevenção de acidentes, bem como pela valorização da participação ativa do pai no processo de vinculação. Assim, as intervenções de enfermagem, negociadas com a família, centraram-se na capacitação parental, na promoção da proximidade afetiva e na mobilização de recursos familiares, constituindo uma estratégia orientada para o reforço das competências parentais e para a prevenção de práticas disfuncionais.

Perante esta família, foram delineadas e negociadas intervenções, centradas no desenvolvimento de competências parentais e na promoção da autoconfiança dos cuidadores como consta descrito na tabela 16.

Tabela 16 - Intervenções negociadas com a família Cavaleiro relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.

Critérios de Diagnóstico	"Ambos os pais referem que gostariam de aprender mais sobre como estimular a desenvolver a atividade cognitiva do recém-nascido"
Foco de atenção	Papel Parental não adequado

Intervenções	<p>Ensinar sobre vigilância de saúde</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre o processo de vinculação</p> <p>Realizar sessão para a educação em grupo das 4 famílias sobre prevenção de acidentes e as características e competências do recém-nascido.</p> <p>Incentivar a ritual familiar</p> <p>Incentivo à partilha de cuidados entre os progenitores;</p> <p>Inclusão da avó materna como recurso protetor, mas evitando sobrecarga;</p>
<p>Resultados</p> <p>Data da avaliação dos resultados – 11/2024 e 12/2024</p>	<p>Realizar sessão para a educação em grupo das 4 famílias sobre prevenção de acidentes e as características e competências do recém-nascido. O pai muito pró-ativo e interessado. <i>“eu deixava mais os cuidados dos pequenos para a minha esposa, pois passo pouco tempo em casa, agora entendo a importância do contato físico e a proximidade com os meus filhos.</i></p> <p>Durante a sessão foi pedido aos diferentes elementos da família para escrever um bilhete secreto ao companheiros e filhos mais velhos daquilo que queriam muito fazer, quer como casal quer enquanto pais. Assim como pedido aos filhos mais velhos escreverem um bilhete aos pais daquilo que gostavam muito de fazer com eles. De forma a incentivar a expressar os sentimentos e vontades. Foi solicitado esta atividade ao filho mais velho um desenho de como vê a sua família”</p> <p>Envolvimento das tarefas pelo pai, discurso do filho mais velho <i>“Enfermeira, sabe uma coisa, o meu pai deu banho ao Artur e eu ajudei, a minha mãe riu muito, molhamos o chão todo. O pai disse que vamos repetir para sermos tão bons como a mãe”</i></p> <p>Henriqueta mencionou <i>“uma boa forma de escrever o que penso, o jogo que fez na apresentação vou continuar a utilizar em casa. E olhe que o meu marido também já me deixa bilhetes escritos.</i></p> <p>O filho mais velho mencionou, <i>“ontem fui com o meu pai ver o futebol, a minha mãe foi dar catequese e como disse o meu pai fomos fazer um programa de pai e irmão mais velho. No domingo vamos ao cinema e a avó disse que não se importava de ficar com o mano. Já escolhi o filme. Mas quando o mano for grande também vai.</i></p>
	<p>Papel Parental adequado</p> <p>Conhecimento do papel demonstrado</p> <p>Aprendizagem de habilidades</p> <p>(com a verificação em todas as consultas)</p>

A avaliação da Família Cavaleiro demonstra um sistema familiar funcional, mas em risco de sobrecarga devido à ausência paterna e à dependência da avó materna. O recurso a técnicas da Entrevista Familiar Sistémica (questões lineares, circulares, reflexivas e reforço positivo) possibilitou uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares e favoreceu a mobilização de recursos internos.

O acompanhamento pelo enfermeiro de família potenciou a adaptação parental, promoveu a vinculação precoce e preveniu práticas disfuncionais, confirmando a evidência de que a intervenção profissional estruturada favorece a parentalidade positiva e o bem-estar familiar (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Belsky & Rovine, 2021; Leahy-Warren, 2020).

3.3.3 Família 3 – Família Reis

A Família Reis foi acompanhada, através de uma visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera, duas consultas de saúde infantil e uma sessão em grupo (cf. Tabela 17) . A família é composta por Joaquim (52 anos), Ana (36 anos), António (10 anos) e o recém-nascido João (nascido em setembro de 2024). Trata-se de uma família nuclear, organizada nos subsistemas conjugal e parental, com integração próxima da família extensa (avó materna), que presta apoio diário.

Tabela 17 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Reis

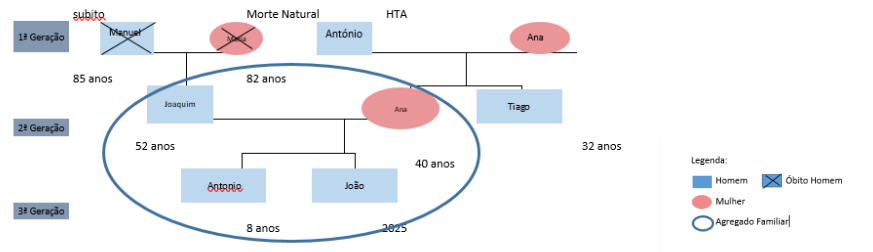
Consulta e os elementos da família presentes	I ntervenção de enfermagem programada
1ª consulta Visita domiciliária Pais e recém-nascido e filho mais velho	- Apresentação - Informação sobre estudo e consentimento - Realização de genograma, ecomapa e escala de Graffar adaptado - Avaliação da dimensão estrutural do MDAIF - Avaliação do risco familiar
2ª consulta Mãe e recém-nascido	- Avaliação da dimensão desenvolvimento e funcional - Avaliação do Modelo Nurturing Care - Consulta de Saúde Infantil e Planeamento Familiar
3ª consulta Mãe, recém-nascido e filho mais velho	- Sessão para a educação - Literacia em saúde
4ª consulta Mãe e recém-nascido	- Consulta de saúde Infantil – 2 meses - Avaliação de resultados

Avaliação Estrutural (Dimensão estrutural do MDAIF)

De acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012), a dimensão estrutural centra-se na composição familiar, vínculos internos e externos, condições socioeconómicas e habitacionais. Através de questões lineares (“Quem vive na vossa casa?”; “Com quem contam diariamente?”), identificou-se que a família é constituída pelo casal e dois filhos, com suporte

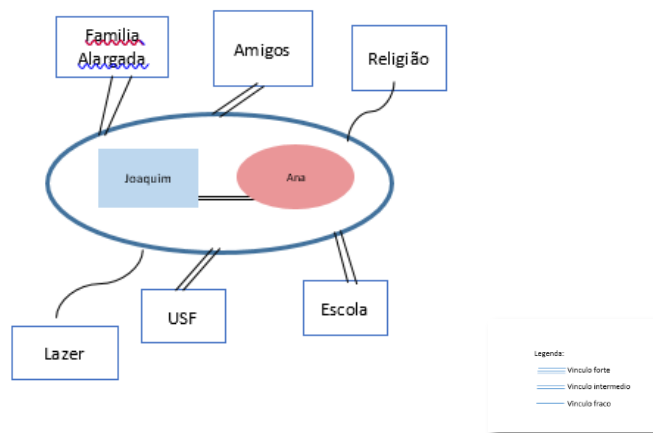
regular da avó materna, descrita por Ana como presença constante: “*Os meus pais são doidos pelos netos, vivemos perto*” (cf. Figura 7)

Figura 7 – Genograma família Reis



O ecomapa (cf. Figura8) mostrou uma rede social moderada, composta por alguns amigos próximos e colegas de trabalho valorizados por Ana, para além da relação positiva com a USF. A verbalização “*temos poucos amigos, mas bons*” reflete a importância atribuída à qualidade dos laços sociais, em linha com Belsky & Rovine (2021), que destacam o papel protetor das redes significativas.

Figura 8 – Ecomapa Família Reis



A Escala de Graffar adaptada classificou a família na classe média, com Joaquim a trabalhar por conta própria e Ana por conta de outrem. A estabilidade económica foi confirmada pela puérpera: “*O meu marido tem bom ordenado e conseguimos cobrir as nossas despesas*”.

Na visita domiciliária observou-se habitação própria, com boas condições de higiene, saneamento básico e recursos essenciais. O ambiente era organizado e limpo, confirmando condições adequadas de habitabilidade, consideradas por Relvas (2000) como fatores estruturais protetores da saúde familiar.

Forças identificáveis - estabilidade económica; habitação adequada, suporte intergeracional próximo.

Vulnerabilidades- rede social moderada, dependência elevada da avó materna.

Avaliação de Desenvolvimento (Dimensão Desenvolvimento do MDAIF)

A família encontra-se, segundo Relvas (1996), na etapa do ciclo vital “família com filhos em idade escolar”, exigindo simultaneamente adaptação ao recém-nascido e acompanhamento das necessidades do filho mais velho.

Na avaliação da satisfação conjugal, foram utilizadas questões reflexivas e circulares. Por exemplo: “Como sente que a diferença de idades entre si e o seu companheiro influenciou a vossa vida conjugal?”; “De que forma acredita que a chegada do João afetou a vossa relação?”. Ana respondeu: *“O início não foi fácil, os meus pais não aceitavam a diferença de idades, mas estamos numa fase boa, tivemos outro filho”*.

Embora Ana tenha referido que *“gostava muito que tivesse mais ajuda”*, demonstrou capacidade de articulação e adaptação: *“Como casal conseguimos orientar-nos, ambos trabalhamos e quem está mais disponível faz o que é necessário”*. O uso de reforço positivo permitiu valorizar essa competência: *“É notável como conseguem ajustar as responsabilidades em função da disponibilidade, isso demonstra flexibilidade e parceria”*.

No domínio do papel parental, Ana demonstrou bons conhecimentos nos cuidados ao recém-nascido (higiene, aleitamento, vigilância), resultado da experiência prévia. Contudo, a família verbalizou lacunas em relação à estimulação cognitiva e à segurança: *“Gostávamos de aprender mais sobre como estimular o João no desenvolvimento”*. Este dado vai ao encontro da literatura que destaca a importância da capacitação parental para promover parentalidade positiva e prevenir práticas inadequadas (Sanders & Mazzucchelli, 2013; Mendes et al., 2022).

Forças identificáveis -experiência prévia; comunicação conjugal eficaz; capacidade de adaptação.

Vulnerabilidades - sobrecarga materna; menor participação paterna nas consultas; desconhecimento sobre estimulação e segurança.

Avaliação Funcional (Dimensão funcional do MDAIF)

Na dimensão funcional do MDAIF, foram aplicados o APGAR Familiar e a Escala FACES II, ambos apontando para uma família funcional, com coesão e adaptabilidade preservadas.

Através de questões circulares (“Quando o Joaquim participa nos cuidados, como reagem os filhos e que impacto isso tem para si, Ana?”), foi possível perceber que a presença paterna é valorizada, embora limitada pela ausência nas consultas. O filho mais velho, António, foi incluído na avaliação através de um desenho da família, permitindo explorar a sua percepção sobre a nova configuração familiar.

O coping familiar revelou-se centrado na partilha de responsabilidades entre Ana e os avós, garantindo estabilidade, mas com risco de sobrecarga materna, já que Joaquim demonstrou menor envolvimento no acompanhamento de saúde.

O reforço positivo foi utilizado para valorizar o empenho de Ana: *“A forma como assegura os cuidados, mesmo conciliando trabalho e responsabilidades, é um exemplo de resiliência e dedicação”*.

Forças identificáveis - comunicação preservada; suporte intergeracional; funcionalidade mantida.

Vulnerabilidades - sobrecarga materna; ausência paterna parcial; risco de dependência excessiva da avó.

Na Tabela 18 estão compilados os dados obtidos das entrevistas com a família com base nas dimensões do MDAIF.

Tabela 18 - Avaliação MDAIF da família Reis

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro
	Precaução de segurança	Precauções de segurança demonstrado
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Animal doméstico	_____
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida
	Papel parental	Papel Parental não adequado
Dimensão funcional	Processo familiar	Processo Familiar não disfuncional

Avaliação do risco familiar

A avaliação da família Reis não revelou fatores de risco ou de agravamento, destacando-se antes um conjunto de fatores protetores. A criança apresenta bom desenvolvimento global, reflexo de cuidados parentais adequados, enquanto os pais evidenciam competências sólidas para responder às necessidades físicas, emocionais e educativas. A organização familiar, com regras claras e mecanismos de controlo consistentes, promove um ambiente seguro e estruturado, aspetos valorizados pela literatura como determinantes de resiliência (Walsh, 2016). A presença de uma rede de suporte familiar e social, associada à integração comunitária e ao acesso facilitado a serviços de apoio, amplia os recursos disponíveis, em linha com a perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (2005). Acresce a segurança económica, considerada pela OMS (2020) como fator essencial de estabilidade e de redução da vulnerabilidade social. Assim, a família Reis apresenta um perfil resiliente, sendo a intervenção de enfermagem orientada para a manutenção e reforço dos fatores protetores já existentes, numa lógica de promoção da saúde e prevenção de riscos futuros.

Avaliação do modelo Nurturing Care

A aplicação do modelo Nurturing Care (cf. Tabela 19) à família Reis evidencia a presença de múltiplos indicadores positivos, mas também a necessidade de capacitação em áreas específicas. No domínio da saúde e nutrição, a criança apresenta boa evolução e encontra-se em regime de amamentação, aspetos que constituem fatores protetores relevantes para o desenvolvimento infantil. Os cuidados responsivos também se revelam fortalecidos, uma vez que os pais demonstram atenção e disponibilidade perante as necessidades da criança, promovendo vínculo seguro e responsivo. Contudo, foram identificadas necessidades de capacitação no que respeita à manutenção de um ambiente doméstico seguro e à promoção da estimulação cognitiva precoce. Estes domínios, considerados pela OMS, UNICEF e Banco Mundial (2018) como fundamentais no desenvolvimento integral da criança, reforçam a importância da intervenção de enfermagem familiar na promoção de competências parentais, através de estratégias de educação para a saúde, treino prático e reforço positivo, assegurando a continuidade de um percurso de crescimento saudável.

Tabela 19 - Avaliação da família Reis pelo modelo Nurturing Care

Boa Saúde	Boa evolução
Nutrição	Amamentação
Segurança e proteção	Necessidade de capacitação para manter o ambiente seguro
Aprendizagem precoce	Necessidade de capacitação para estimulação cognitiva
Cuidados responsivo	Pais atentos

Desenho infantil

Ao João foi pedido um desenho da família, desenho evidencia uma organização gráfica estruturada, com distribuição espacial equilibrada e clara distinção entre os elementos representados. A divisão do cenário em diferentes espaços, todos integrados de forma coerente e harmoniosa, sugere uma percepção funcional do sistema familiar, com papéis bem definidos e uma dinâmica relacional saudável.

As figuras humanas apresentam-se com traços firmes, presença de mãos e pés, gestos expressivos e proximidade física e/ou simbólica entre os membros, o que denota uma imagem interna da família marcada por interação positiva, vínculos afetivos seguros e disponibilidade emocional. A presença de elementos distintivos em cada figura revela investimento emocional nas relações, bem como uma identidade individual preservada dentro do grupo familiar.

A inclusão de elementos do meio envolvente, como o sol, nuvens, flores, árvores, casas, animais e outros símbolos naturais, pode ser interpretada como um reflexo de uma vivência familiar integrada num contexto mais amplo, com consciência ecológica e sensibilidade às questões ambientais. Tais representações também indicam uma visão positiva do mundo exterior e uma abertura à experiência.

Globalmente, o desenho sugere uma estrutura familiar percebida como protetora, afetiva e estimulante, com coesão emocional, segurança nas relações e valorização das interações interpessoais e do ambiente. Os recursos expressivos utilizados e o grau de detalhe indicam bom nível de desenvolvimento emocional, capacidade simbólica e investimento no vínculo com as figuras significativas.

Para além da leitura simbólica e relacional, o desenho analisado oferece também indicadores relevantes sobre o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. A coerência formal das figuras, o domínio do espaço gráfico e a integração harmoniosa de

múltiplos elementos visuais demonstram um bom nível de maturidade cognitiva, com capacidade de planificação, organização perceptiva e controlo motor fino.

O uso detalhado de cores, a diferenciação clara entre os membros da família e a representação de elementos do meio envolvente sugerem uma amplitude simbólica e criatividade bem desenvolvidas, bem como uma compreensão integrada do contexto familiar e ambiental. Esta competência para simbolizar o mundo emocional e os relacionamentos interpessoais aponta para uma criança com acesso a um universo interno estruturado, capaz de expressar e elaborar as suas experiências de forma simbólica e adaptativa.

Figura 9 – desenho infantil realizado pelo filho mais velho da Família Reis



Do ponto de vista emocional, a representação de proximidade entre as figuras, a inclusão de gestos afetivos e a expressão de interações positivas são indicadores de vínculos seguros, o que poderá refletir um estilo de vinculação do tipo seguro, caracterizado por confiança nas figuras de apego, abertura à relação e à expressão emocional.

A presença de elementos naturais como o sol, árvores e nuvens, além de demonstrar sensibilidade estética e atenção ao meio ambiente, pode simbolizar um sentimento de pertença ao mundo e uma vivência global de bem-estar emocional. A escolha de cores alegres e o equilíbrio visual geral reforçam essa leitura de vivência emocional positiva, autoestima preservada e capacidade de relacionamento interpessoal saudável.

Acresce a ausência de elementos egocêntricos, inexistência de conflitos emocionais assinaláveis, adaptação evolutiva dos diversos contextos da sua vida, não evidencia auto-eliminação ou auto-negação, espontaneidade e sociabilidade presentes e concretas; inexistência de padrões de agressividade e de angústia.

Plano de Intervenção

A aplicação do MDAIF à família Reis permitiu identificar como foco de atenção o papel parental não adequado, expresso no desejo dos pais de aprofundar conhecimentos sobre estimulação cognitiva do recém-nascido. As intervenções de enfermagem, negociadas com a família, centraram-se na capacitação parental através da educação para a saúde, prevenção de acidentes e reforço da vinculação afetiva. A inclusão do filho mais velho, mediante a técnica do desenho familiar, favoreceu a participação ativa na dinâmica do agregado. Apesar da ausência paterna em algumas sessões, verificou-se progressivamente maior confiança materna, cuidados adequados ao recém-nascido e valorização da estimulação precoce como promotora do desenvolvimento saudável.

Perante esta realidade, foram delineadas e negociadas com a família intervenções educativas, centradas no desenvolvimento de competências parentais e na promoção da autoconfiança dos cuidadores como consta descrito na tabela 20.

Tabela 20 - Intervenções negociadas com a família Reis relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.

Critérios de Diagnóstico	“Ambos os pais referem que gostariam de aprender mais sobre como estimular a desenvolver a atividade cognitiva do recém-nascido”
Foco de atenção	Papel Parental não adequado
Intervenções	<p>Ensinar sobre vigilância de saúde</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre o processo de vinculação</p> <p>Realizado sessão para a educação em grupo das 4 famílias sobre prevenção de acidentes e as características e competências do recém-nascido. O pai não esteve presente. Foi solicitado nesta atividade ao filho mais velho um desenho de como vê a sua família”</p> <p>Inclusão do filho mais velho no processo (através de desenho familiar), reforçando o papel ativo da criança na adaptação;</p>
Resultados	<p>Encontra-se com evolução de crescimento, com bom cuidado de higiene e a mãe atenta e a questionar se algo não for o comum</p> <p>Com a realização da sessão de educação para a saúde capacitou da importância da estimulação do recém-nascido.</p>
Data da avaliação dos resultados – 11/2024 e 12/2024 01/2025	
	<p>Papel Parental eficaz</p> <p>Conhecimento do papel demonstrado</p> <p>Aprendizagem de habilidades</p> <p>(verificação em todas as consultas)</p>

A Família Reis apresenta-se funcional e coesa, com recursos estruturais e relacionais protetores. Contudo, emergiram vulnerabilidades ligadas à sobrecarga materna e à menor participação paterna no acompanhamento, aspetos que foram mitigados pela intervenção estruturada do enfermeiro de família.

A utilização das técnicas da Entrevista Familiar Sistémica — questões lineares para recolha de dados objetivos, questões circulares para explorar perceções relacionais, questões reflexivas para promover novas perspetivas e reforço positivo para valorizar competências — foi determinante para mobilizar recursos familiares e fortalecer a parentalidade.

Os resultados confirmam a evidência científica que destaca o papel do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva e no fortalecimento das dinâmicas familiares durante transições críticas (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Leahy-Warren, 2020; Wright & Leahey, 2013).

3.3.4 – Família 4 – Família Castanheira

A Família Castanheira foi acompanhada, através de uma visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera, três consultas de saúde infantil e acompanhamento contínuo na USF (cf. Tabela 21). Apesar de ter sido convidada, a família não participou na sessão de educação para a saúde em grupo de educação parental, situação que limitou parcialmente a exploração coletiva de experiências.

A família é composta por Otávio (30 anos), Odete (28 anos), Otávia (9 anos) e Orlando (recém-nascido, nascido em setembro de 2024). Trata-se de uma família nuclear, com dois subsistemas fundamentais: conjugal e parental.

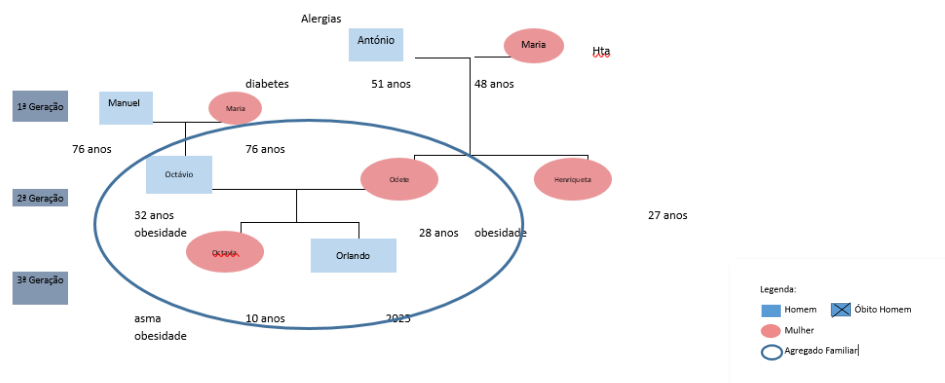
Tabela 21 - Consultas negociadas e realizadas com os elementos da família Castanheira

Consulta e os elementos da família presentes	Intervenção de enfermagem programada
1ª consulta Visita domiciliária Pais e recém-nascido e filha mais velha	- Apresentação - Informação sobre estudo e consentimento - Realização de genograma, ecomapa e escala de Graffar adaptado - Avaliação da dimensão estrutural do MDAIF - Avaliação do risco familiar
2ª consulta Mãe e recém-nascido	- Avaliação da dimensão desenvolvimento e funcional - Avaliação do Modelo Nurturing Care - Consulta de Saúde Infantil e Planeamento Familiar
3ª consulta Mãe e recém-nascido	- Consulta de saúde Infantil – 2 meses - Avaliação de resultados

Avaliação Estrutural (Dimensão estrutural do MDAIF)

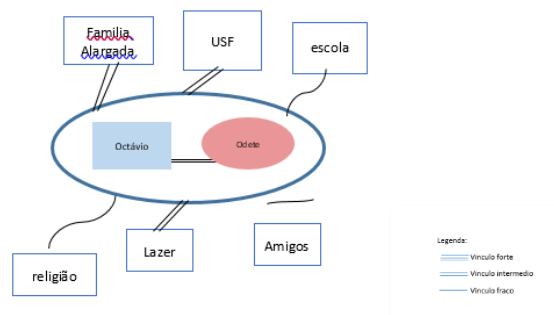
Na dimensão estrutural do MDAIF (Figueiredo, 2012), a composição familiar foi explorada através de questões lineares (“Quem vive convosco em casa?”; “Com quem contam diariamente?”). Identificou-se a presença regular e muito significativa dos avós maternos, verbalizada por Odete: “Os avós maternos são extremamente presentes; foram eles que criaram a minha filha”, como representado na Figura 10.

Figura 10 – Genograma da família Castanheira



O ecomapa (cf. Figura 11) mostrou uma relação forte e estável entre as gerações, enquanto o ecomapa evidenciou ligações médias com a USF e relações positivas, ainda que pouco alargadas, com amigos. A família refere: “*Temos a nossa família, alguns amigos, e ao fim de semana gostamos de sair para passear*”.

Figura 11 – Ecomapa da família Castanheira



A Escala de Graffar adaptada classificou a família na classe média, com Otávio a trabalhar por conta de outrem e Odete como doméstica. A estabilidade económica foi

sublinhada pela mãe: *“O meu marido tem um bom ordenado, esteve muito tempo fora, mas agora voltou para Portugal e decidimos ter outro filho”*.

A habitação foi observada durante a visita domiciliária e apresenta boas condições de higiene, saneamento e habitabilidade (grau 2), com recursos básicos garantidos. Não existem animais domésticos.

Forças identificadas estabilidade económica, habitação segura, suporte intergeracional próximo, Envolvimento paterno recente e valorizado pela filha mais velha.

Vulnerabilidades: Rede social reduzida e dependência significativa da família extensa.

Avaliação de Desenvolvimento (Dimensão Desenvolvimento do MDAIF)

A família encontra-se na etapa do ciclo vital “família com filhos em idade escolar” (Relvas, 1996), vivenciando simultaneamente a adaptação ao recém-nascido e as necessidades da filha mais velha.

No que respeita ao papel parental, Odete demonstrou conhecimentos adequados sobre cuidados básicos ao recém-nascido (higiene, aleitamento, vigilância). Contudo, verbalizou necessidade de apoio no domínio da estimulação cognitiva e da segurança infantil: *“Gostaria de aprender mais sobre como estimular o desenvolvimento do Orlando”*.

Otávio, após anos de ausência laboral no estrangeiro, encontra-se numa fase de reintegração familiar, tentando reconstruir o vínculo com a filha mais velha: *“Sempre que posso vou com a Otávia ao futebol”*. Esta verbalização reflete esforço de envolvimento paterno, em linha com Belsky & Rovine (2021), que destacam a importância do suporte conjugal e parental para a adaptação da criança.

As consultas permitiram explorar estas dinâmicas com questões circulares (“Como sente a Otávia a proximidade atual com o pai?”) e reflexivas (“Como imagina que o Orlando beneficiará do tempo que ambos partilham com a vossa filha mais velha?”). O enfermeiro recorreu ao reforço positivo para valorizar estes esforços: *“É muito significativo o esforço que estão a fazer para incluir o pai no quotidiano, isso fortalece toda a família”*.

Forças: experiência materna consolidada, vontade de aprendizagem, esforço paterno de reintegração, envolvimento afetivo da filha mais velha.

Vulnerabilidades: ausência paterna prévia, necessidade de capacitação em estimulação precoce, dependência da rede de suporte familiar.

Avaliação Funcional (Dimensão funcional do MDAIF)

Na dimensão funcional do MDAIF, foram explorados a comunicação, o coping e os papéis familiares.

Através de questões lineares (“Quem assume maioritariamente os cuidados ao recém-nascido?”), identificou-se que Odete assume os cuidados diários, com apoio pontual do companheiro e dos avós.

Foram aplicados o APGAR Familiar de Smilkstein e a Escala FACES II, ambos apontando para uma família funcional, com níveis adequados de coesão e adaptabilidade. Contudo, observou-se risco de sobrecarga materna, pela concentração dos cuidados em Odete.

O coping familiar revelou capacidade adaptativa, mas ainda frágil no processo de reorganização pós-regresso de Otávio ao país. O enfermeiro utilizou questões circulares para explorar a reintegração: “Como sente Odete que a presença do Otávio tem influenciado a dinâmica familiar e o bem-estar da Otávia?”.

A filha mais velha foi incluída na avaliação através do desenho familiar, que permitiu explorar a sua perceção sobre o papel do pai e do novo irmão, recurso frequentemente recomendado por Wright & Leahey (2013) na prática clínica com famílias.

Forças identificadas- comunicação preservada; suporte intergeracional; reintegração paterna em curso.

Vulnerabilidades- risco de sobrecarga materna; dependência excessiva dos avós; necessidade de reequilíbrio na interação de papéis.

Na Tabela 22 estão compilados os dados obtidos das entrevistas com a família com base nas dimensões do MDAIF.

Tabela 22 - Avaliação MDAIF da Família Castanheira

Dimensões de avaliação	Áreas de atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro
	Precaução de segurança	Precauções de segurança demonstrado
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Animal doméstico	-----
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida
	Papel parental	Papel Parental não adequado
Dimensão funcional	Processo familiar	Processo Familiar não disfuncional

Avaliação do risco familiar

A avaliação do risco familiar da família Castanheira não revelou a existência de fatores de risco ou de agravamento com relevância clínica ou social, salientando-se, pelo contrário, a presença de múltiplos fatores de proteção. A criança apresenta um desenvolvimento global adequado à sua idade, indicador essencial de bem-estar e reflexo da adequação dos cuidados parentais prestados. Este dado constitui um elemento central na análise, pois traduz práticas de cuidado consistentes e um ambiente familiar favorecedor da saúde e do crescimento infantil.

Outro fator protetor relevante é a existência de uma rede de suporte familiar e social sólida, considerada pela literatura como um recurso fundamental para o equilíbrio dos agregados. Este suporte funciona como amortecedor em situações de crise, reduzindo a sobrecarga parental e reforçando a capacidade de resposta a desafios inesperados.

Associada a esta rede, a capacidade da família de aceder a serviços de apoio comunitários traduz-se num recurso adicional que garante a mobilização de apoios formais sempre que necessário, promovendo a integração da família na comunidade e prevenindo situações de vulnerabilidade futura.

Acresce a segurança económica, que representa um fator estruturante e estabilizador, assegurando a satisfação das necessidades básicas e reduzindo o risco de exposição a situações de privação ou instabilidade financeira. A literatura reconhece a estabilidade económica como determinante social da saúde de grande impacto, pois famílias com maior segurança financeira revelam menor vulnerabilidade ao risco de negligência e maior capacidade para manter condições adequadas de desenvolvimento infantil (WHO, 2020).

Assim, a análise global da família Castanheira evidencia uma estrutura resiliente, caracterizada pela predominância de fatores protetores internos e externos que reduzem significativamente a vulnerabilidade e potenciam a promoção da saúde e bem-estar da criança. Para a enfermagem familiar, este cenário orienta a intervenção não para a remediação de défices, mas sim para a vigilância contínua do desenvolvimento infantil, reforço dos fatores protetores já existentes e apoio na consolidação das práticas parentais positivas. Numa lógica de promoção da saúde e de prevenção, torna-se essencial sustentar os recursos identificados, potenciando a capacidade adaptativa da família face a futuras exigências do ciclo vital.

Avaliação do modelo Nurturing Care

A avaliação da Família Castanheira, à luz do modelo Nurturing Care, (cf. Tabela 23) permitiu identificar recursos e necessidades de capacitação parental em diferentes dimensões do desenvolvimento infantil. No domínio da saúde, verificou-se uma boa evolução do recém-nascido, evidenciando cuidados adequados às necessidades básicas e acompanhamento regular pelos serviços de saúde. Relativamente à nutrição, constatou-se a opção pelo leite artificial, o que exige vigilância acrescida por parte da equipa de enfermagem, de modo a assegurar a preparação correta e a prevenção de riscos associados à sua utilização.

Tabela 23 - Avaliação da família Castanheira pelo modelo Nurturing Care

Boa Saúde	Boa evolução
Nutrição	Leite artificial
Segurança e proteção	Necessidade de capacitação para manter o ambiente seguro
Aprendizagem precoce	Necessidade de capacitação para estimulação cognitiva
Cuidados responsivo	Pais atentos

Na dimensão da segurança e proteção, emergiu a necessidade de reforçar competências parentais no que concerne à criação de um ambiente doméstico seguro, prevenindo acidentes e promovendo a proteção da criança. De igual modo, na aprendizagem precoce foi identificada a necessidade de capacitação da mãe e do pai relativamente à estimulação cognitiva do recém-nascido, potenciando experiências que favoreçam o desenvolvimento global da criança desde os primeiros meses de vida.

Desenho Infantil

O desenho da família da Criança apresenta-se centrado na folha, com composição simétrica e bem distribuída, o que sugere uma perceção de estabilidade e de estrutura interna organizada. As figuras são elaboradas com elevado grau de investimento emocional e riqueza de detalhes, especialmente a nível facial, com destaque para os olhos — o que pode refletir uma necessidade de conexão afetiva, atenção e reconhecimento, assim como hipervigilância do sistema familiar.

O traço é firme, seguro e fluido, acompanhado por um uso de cores vivas e harmoniosas, que traduzem, em termos projetivos, uma vivência emocional marcada por positividade, esperança e uma representação idealizada das relações familiares. O nível de pormenor e a escolha de adornos simbólicos — como as coroas nas figuras masculinas e os

laços nas figuras femininas — apontam para uma valorização dos papéis de género e uma possível idealização das figuras parentais, atribuindo-lhes atributos de nobreza, importância ou autoridade benevolente.

Figura 12 – Desenho infantil realizado pela filha mais velha da família Castanheira



A criança é representada com dimensão significativamente superior à dos adultos, o que poderá indicar uma autoimagem inflacionada, desejo de centralidade no sistema familiar ou, alternativamente, a expressão simbólica de uma carência afetiva compensada através da idealização do eu. Esta ampliação pode ainda ser interpretada como uma tentativa inconsciente de reivindicar espaço, visibilidade ou reconhecimento no contexto familiar.

O carácter fantasioso e idealizado do desenho — com elementos que se aproximam mais do desejo do que da realidade observada — pode traduzir uma cisão entre a experiência vivida e a representação desejada da família, sugerindo que o desenho funciona como um veículo de expressão dos anseios emocionais da criança e das necessidades afetivas não plenamente satisfeitas no quotidiano.

Para além dos indicadores psicodinâmicos anteriormente descritos, o desenho evidencia um nível de maturidade gráfica superior ao esperado para a faixa etária da criança (caso se confirme esse dado), nomeadamente pela organização espacial, coerência formal das figuras, uso intencional das cores e riqueza nos detalhes ornamentais. Estes aspetos denotam boa capacidade representacional, controlo motor fino e desenvolvimento simbólico

adequado ou até superior, o que poderá refletir também competências cognitivas preservadas e um meio sociocultural que estimula a expressão artística.

Contudo, o carácter idealizado e fantasioso do desenho, bem como a dimensão ampliada da figura da criança, podem sugerir que a imagem projetada está menos ancorada na realidade familiar vivida e mais próxima de um espaço interno de desejo, revelando uma cisão entre o real e o ideal. Tal configuração poderá estar associada a necessidades afetivas não plenamente satisfeitas, levando à construção simbólica de uma família “perfeita”, em que a criança ocupa o centro, assume protagonismo ou sente-se emocionalmente valorizada.

A utilização de símbolos como coroas e laços pode ainda traduzir uma valorização estereotipada dos papéis de género, mas também uma tentativa de atribuir dignidade ou afeto às figuras parentais, talvez em contraste com uma experiência real menos satisfatória. Esta idealização pode funcionar como mecanismo defensivo, mobilizado para lidar com frustrações, ausências emocionais ou conflitos intrapsíquicos não elaborados.

Em termos de hipóteses de desenvolvimento emocional, este desenho poderá indicar uma criança com bom potencial criativo e expressivo, mas que, em simultâneo, revela fragilidades na integração emocional da realidade e tendência à idealização como forma de regulação interna. A análise deverá ser sempre articulada com outras fontes de informação clínica, comportamental e contextual, garantindo uma compreensão mais integrada e multifatorial do funcionamento psicológico da criança.

Plano de intervenção

A família Castanheira, através do MDAIF, identificou-se como foco o papel parental não adequado (cf. Tabela 24), devido à necessidade da mãe em adquirir conhecimentos sobre a estimulação cognitiva do recém-nascido.

As intervenções de enfermagem centraram-se na educação parental, prevenção de acidentes, promoção da vinculação afetiva e incentivo ao envolvimento do pai e da filha mais velha.

Embora não tenham participado na sessão de educação para a saúde de grupo, a abordagem individual permitiu intervenções personalizadas, levando à aquisição progressiva de competências parentais, cuidados adequados ao recém-nascido, maior partilha de responsabilidades e integração harmoniosa da filha mais velha.

Na reavaliação, o diagnóstico evoluiu para papel parental adequado.

Tabela 24 - Intervenções negociadas com a família Castanheira relativas à dimensão de desenvolvimento relacionadas com o processo parental não adequado.

Critérios de Diagnóstico	“A mãe refere que gostariam de aprender mais sobre como estimular a desenvolver a atividade cognitiva do recém-nascido”
Foco de atenção	Papel Parental não adequado
Intervenções	Ensinar sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre o processo de vinculação Inclusão da filha mais velha através de atividades simbólicas (desenho familiar), facilitando a adaptação ao novo papel de irmã.
Resultados Data da avaliação dos resultados – 11/2024 e 12/2024 01/2025	Bom crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, com higiene e cuidados assegurados; Apropriação de conhecimentos por parte da mãe sobre estimulação e segurança; Maior envolvimento paterno com a filha mais velha, fortalecendo o subsistema conjugal e parental; Diagnóstico reavaliado para Papel Parental Adequada, pela demonstração de competências e aprendizagem validada em todas as consultas.
Foco de atenção	Papel Parental adequado Conhecimento do papel demonstrado Aprendizagem de habilidades (verificação em todas as consultas)

A Família Castanheira encontra-se em reorganização, após a reintegração paterna e a chegada do novo filho. Apesar de vulnerabilidades associadas à sobrecarga materna e à ausência paterna prévia, os recursos familiares — como a experiência materna, o suporte intergeracional e o esforço de reintegração do pai — constituem fatores protetores.

Os resultados confirmam a evidência nacional e internacional que reconhece o papel do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva, prevenção de práticas disfuncionais e fortalecimento dos vínculos familiares (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Sanders & Mazzucchelli, 2013; Wright & Leahey, 2013).

3.4 - Análise comparativa das quatro famílias

A análise transversal das quatro famílias revela um conjunto de semelhanças estruturais e diferenças contextuais que moldaram a intervenção do enfermeiro de família e os ganhos em saúde alcançados.

Em termos estruturais, todas as famílias pertencem à classe média, vivem em habitações próprias com boas condições de habitabilidade e apresentam características de famílias nucleares (cf. anexo 5), embora a Família Cavaleiro se configure como nuclear alargada, devido à coabitação da avó materna. A presença da família extensa surge como recurso protetor em todos os casos, assumindo-se como suporte instrumental e emocional fundamental, sobretudo nos cuidados ao recém-nascido e na diminuição da sobrecarga materna.

Na dimensão de desenvolvimento, três famílias (Cavaleiro, Reis e Castanheira) situam-se na fase “família com filhos em idade escolar” (Relvas, 1996), enquanto a Família Nobre se encontra na fase “família com filhos pequenos”, devido ao nascimento do primeiro filho. Esta diferença de ciclo vital explica, em parte, a maior insegurança inicial da Família Nobre relativamente às práticas parentais básicas, contrastando com as restantes famílias, que já possuíam alguma experiência prévia de parentalidade.

No que respeita à rede de suporte, a presença dos avós maternos foi transversalmente valorizada como recurso essencial, não só na prestação de cuidados, mas também como guia cognitivo e apoio emocional. Contudo, identificou-se isolamento social nas Famílias Cavaleiro e Castanheira, com redes de amizade reduzidas, o que pode constituir fator de risco em situações de crise. A Família Nobre destacou-se pela ligação próxima à comunidade religiosa, funcionando esta como um recurso complementar.

A nível da dinâmica conjugal, a maioria das famílias apresentou comunicação satisfatória e partilha de responsabilidades, embora com algumas particularidades: a Família Cavaleiro enfrentou maior sobrecarga materna devido à ausência laboral do pai; a Família Reis revelou desafios associados à diferença etária entre os progenitores; e a Família Castanheira vivenciou o processo de reintegração do pai após período prolongado de ausência, exigindo reajustamento de papéis.

No âmbito do papel parental, todas as famílias foram inicialmente diagnosticadas com “Papel Parental Não adequado”, refletindo inseguranças próprias do período neonatal. Contudo, mediante intervenções individualizadas e em grupo, todas evoluíram para “Papel Parental adequado”, evidenciando ganhos em saúde ao nível da capacitação parental, da promoção da vinculação afetiva e da prevenção de práticas disfuncionais.

Em síntese, os resultados reforçam que, apesar de cada família apresentar singularidades contextuais, existem padrões comuns — nomeadamente a insegurança parental inicial e a relevância do suporte intergeracional — que validam a importância da intervenção sistemática do enfermeiro de família. Esta atuação, alicerçada no MDAIF e na

EFS, revelou-se determinante para o fortalecimento das competências parentais e para a promoção da parentalidade positiva nos CSP.

3.5 Discussão dos resultados

A transição para a parentalidade, evidenciada nas quatro famílias estudadas, confirmou-se como uma fase crítica do ciclo vital familiar, caracterizada por vulnerabilidade e simultaneamente por potencial de crescimento e fortalecimento. Esta fase implicou não apenas uma reorganização estrutural e funcional dos sistemas familiares, mas também um reajustamento das expectativas individuais e conjugais, exigindo a negociação de novos papéis e responsabilidades.

Em todas as famílias, a insegurança no papel parental foi transversal, traduzida em verbalizações de dúvidas acerca de cuidados básicos (ex.: higiene, aleitamento, posicionamento, estimulação do recém-nascido). A formulação inicial do diagnóstico “Papel Parental Não adequado” reflete esta fragilidade, que é consistente com a literatura. Meleis (2010) e Schumacher & Meleis (1994) sublinham que as transições de desenvolvimento, como a parentalidade, constituem momentos de vulnerabilidade acrescida, onde os indivíduos necessitam de apoio para adquirir competências e integrar novas identidades. No entanto, o estudo evidenciou que, quando acompanhadas sistematicamente pelo enfermeiro de família, estas famílias rapidamente adquiriram conhecimentos, desenvolveram habilidades e aumentaram a sua confiança no papel parental. A evolução para o diagnóstico de “Papel Parental Adequado” é um resultado que corrobora investigações nacionais (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022) e internacionais (Leahy-Warren, 2020), que associam intervenção precoce dos profissionais de saúde à promoção da autoeficácia parental, à redução da ansiedade e ao fortalecimento da vinculação afetiva. Estes resultados reforçam a noção de que a parentalidade, apesar de constituir um período de stress e reorganização, é também uma oportunidade de crescimento individual e familiar, desde que exista suporte profissional adequado. A aplicação de técnicas sistémicas, como o questionamento circular (“De que forma a vossa forma de cuidar em conjunto influencia o bem-estar do Duarte?”) e as questões reflexivas (“O que é que esta nova fase vos ensinou sobre vocês enquanto casal?”), permitiu que as famílias construíssem novas narrativas sobre a parentalidade, transformando a insegurança inicial em percepção de competência.

Outro achado relevante foi a centralidade dos avós maternos como recurso de apoio emocional, cognitivo e instrumental em todas as famílias. Este padrão, amplamente descrito

no contexto português (Barbosa et al., 2022; Paúl & Fonseca, 2015), traduz a importância da família extensa como unidade de suporte ativo, sobretudo em meios rurais e semiurbanos. A presença diária dos avós foi considerada pelas mães como essencial para a gestão dos cuidados, oferecendo descanso, orientação e segurança. Contudo, observou-se também a possibilidade de dependência excessiva deste suporte, sobretudo na Família Castanheira e na Família Reis, onde os avós assumiam papéis quase parentais. Esta realidade, embora protetora, pode fragilizar a autonomia dos pais e comprometer o processo de vinculação primária. Este dado contrasta com a literatura internacional, onde o suporte conjugal e comunitário tende a ser mais valorizado e a intervenção dos avós é mais periférica (Bornstein, 2020; Belsky & Rovine, 2021). Assim, no contexto português, o enfermeiro de família deve não apenas reconhecer o papel estruturante dos avós, mas também mediar e equilibrar relações intergeracionais, evitando sobreposição de papéis.

Paralelamente, três famílias (Nobre, Cavaleiro e Castanheira) apresentaram redes sociais extrafamiliares restritas, limitadas a poucos amigos próximos ou instituições formais (USF e Igreja). Embora valorizassem a qualidade dos vínculos, a evidência mostra que a amplitude da rede é igualmente determinante para a resiliência familiar em períodos de crise (Delicate et al., 2018). Assim, a intervenção do enfermeiro deve também incluir estratégias de promoção de integração comunitária e criação de espaços coletivos (grupos de parentalidade, oficinas comunitárias), de forma a ampliar redes de suporte.

Nas famílias Cavaleiro, Reis e Castanheira, foi notória a sobrecarga materna, com a mãe a assumir maioritariamente a gestão dos cuidados diários, seja pela ausência laboral do pai, seja pela sua menor participação. Este padrão, consistente com Silva et al. (2021), associa-se a risco de exaustão parental, aumento da ansiedade e diminuição da satisfação conjugal. Contudo, a análise qualitativa revelou que, apesar desta sobrecarga, existia em todas as famílias comunicação conjugal eficaz e capacidade de negociação, fatores protetores que favoreceram a adaptação. As respostas das famílias à utilização de questões circulares (“Como percecionam a forma como cada um contribui para os cuidados do recém-nascido?”) e de reforço positivo (“É notório o vosso esforço conjunto e isso reflete-se no bem-estar do vosso filho”) confirmam o impacto destas técnicas na valorização das competências conjugais. Estes dados alinham-se com Delicate et al. (2018), que sublinham a importância da comunicação conjugal como mitigador da diminuição da satisfação e do aumento de conflitos durante a transição parental. Assim, a intervenção do enfermeiro deve promover não apenas competências parentais técnicas, mas também a relação conjugal como recurso crítico de saúde familiar.

O MDAIF mostrou-se adequado e eficaz, permitindo uma avaliação integrada nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). O recurso a instrumentos específicos (genograma, ecomapa, Graffar, APGAR, FACES II) possibilitou uma caracterização holística das famílias, identificando simultaneamente forças, vulnerabilidades e riscos. A EFS, sustentada nos princípios de neutralidade, circularidade e hipotetização (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012), revelou-se particularmente útil para explorar as dinâmicas relacionais. A utilização de questões reflexivas permitiu abrir novas perspectivas para os membros da família, enquanto o reforço positivo consolidou comportamentos já eficazes. Esta abordagem, centrada nas forças, facilitou a co-construção de soluções e a mobilização de recursos internos.

A intervenção de sessão de educação para a saúde em grupo, realizada com três famílias, constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem coletiva, favorecendo a partilha de experiências e a normalização de dificuldades. Esta estratégia encontra suporte na evidência de Sanders & Mazzucchelli (2013) e Leijten et al. (2018), que demonstram que programas estruturados de parentalidade reduzem comportamentos não funcionais e aumentam competências parentais. Contudo, a ausência da Família Castanheira nesta dinâmica revela a necessidade de estratégias flexíveis, que articulem intervenções coletivas e individualizadas, respeitando as especificidades e resistências de cada agregado.

Os resultados finais — evolução para Papel Parental adequado, ausência de acidentes domésticos e desenvolvimento adequado dos recém-nascidos — confirmam a eficácia da intervenção do enfermeiro de família como agente de capacitação parental, em consonância com Wright & Leahey (2013) e Bornstein (2015).

Enquanto investigadora e enfermeira de família em contexto de estágio e em conjunto com a enfermeira tutora, reconheço que a nossa presença influenciou diretamente os resultados obtidos. A relação de confiança estabelecida com as famílias, aliada à utilização intencional de estratégias de reforço positivo, poderá ter amplificado a perceção de autoeficácia parental e acelerado a aquisição de competências. Simultaneamente, a posição de investigadora implicou o desafio ético de manter neutralidade face a situações de sobrecarga materna ou dependência excessiva dos avós. Esta reflexividade, longe de representar limitação, reforça a pertinência da investigação-ação como modalidade que reconhece a co-construção do conhecimento e valoriza a interação enfermeiro-família como motor de mudança (Figueiredo, 2012).

Em relação aos desafios vivenciados pelas famílias na transição para a parentalidade, os resultados evidenciaram que as famílias enfrentam múltiplos desafios emocionais, conjugais e socioeconómicos. Tais achados estão em consonância com Meleis (2010), que

descreve a transição para a parentalidade como uma fase crítica de vulnerabilidade, exigindo reestruturação de papéis e adaptação relacional. A sobrecarga emocional e a insegurança parental identificadas nas famílias corroboram estudos de Figueiredo (2012) e Leahy-Warren (2020), que destacam a necessidade de suporte contínuo durante a gravidez e o puerpério. A influência das condições socioeconômicas, confirmada pela aplicação da Escala de Graffar, alinha-se com Relvas (2000), ao evidenciar que a rede de suporte e os recursos disponíveis são determinantes na adaptação familiar.

Em relação aos desafios enfrentados pelo enfermeiro de família, a prática do enfermeiro de família revelou limitações relacionadas com barreiras organizacionais (tempo, carga assistencial) e contextos de vulnerabilidade social. Estes achados são consistentes com Wright & Leahey (2013), que sublinham as exigências crescentes colocadas ao enfermeiro na gestão de famílias complexas.

A resistência de algumas famílias às orientações reforça a importância da abordagem centrada na família, valorizando a negociação e o empoderamento, conforme defendido por McGoldrick & Walsh (2016).

Como estratégias de intervenção do enfermeiro de família identificadas foram sessões de educação para a saúde, apoio emocional e visitas domiciliárias que confirmam o papel central do enfermeiro na promoção da parentalidade positiva. Estudos recentes (Mendes et al., 2022; Sanders & Mazzucchelli, 2013) demonstram que programas de educação parental mediados por enfermeiros aumentam a confiança dos pais e reduzem comportamentos de risco. A escuta ativa e a mediação das relações conjugais evidenciam a pertinência da abordagem sistêmica da família (Wright & Leahey, 2013), que permite intervir não apenas no indivíduo, mas nas dinâmicas relacionais que estruturam o núcleo familiar.

Os contributos da intervenção do enfermeiro de família mais relevantes foram a satisfação parental, a adaptação familiar e a promoção do desenvolvimento infantil, confirmando o impacto positivo da intervenção de enfermagem. Estes resultados convergem com Bornstein (2015), que enfatiza o valor das práticas parentais positivas para o desenvolvimento saudável da criança. Do ponto de vista do ciclo vital da família, Relvas (2000) sublinha que a coesão e a adaptabilidade familiar constituem fatores protetores decisivos, aspetos também observados neste estudo.

A utilização do MDAIF (Genograma, Ecomapa, APGAR Familiar, FACES II, Graffar adaptado) como instrumentos de avaliação familiar na prática clínica mostrou-se útil para a compreensão das dinâmicas e necessidades das famílias. No entanto, foram apontadas dificuldades relacionadas com o tempo de aplicação e a complexidade de alguns instrumentos. Wright & Leahey (2013) reforçam que os instrumentos de avaliação são

ferramentas essenciais para uma prática sistemática, mas que devem ser utilizados de forma adaptada ao contexto clínico. Este estudo contribui para a reflexão sobre a adequação e aplicabilidade prática destes instrumentos em cuidados de saúde primários.

Pode-se concluir que o enfermeiro de família é um facilitador da transição para a parentalidade, promovendo não apenas cuidados clínicos, mas também apoio psicossocial e educativo. Contudo, persistem desafios relacionados com a sobrecarga profissional e com a diversidade das necessidades familiares, o que exige reforço da articulação comunitária e políticas de proximidade em saúde familiar.

3.6 Limitações do estudo

Apesar dos resultados, importa reconhecer limitações metodológicas como:

- O número reduzido de famílias (n=4) não permite generalização dos resultados;
- A ausência do pai em algumas consultas (Família Reis) condicionou a exploração do subsistema conjugal;
- A não participação da Família Castanheira na sessão de grupo reduziu a comparabilidade entre estratégias coletivas e individuais;
- O curto período de acompanhamento (3-4 meses) impossibilita avaliar de forma longitudinal a manutenção das competências adquiridas;
- A influência da investigadora, ainda que reflexivamente reconhecida, constitui um fator a considerar na interpretação dos resultados.
- A influência do contexto local, que pode não refletir a diversidade de realidades familiares noutras regiões do país;

3.7 Implicações para a prática clínica especializada

O estudo permitiu compreender o papel do enfermeiro de família no acompanhamento às famílias em transição para a parentalidade, evidenciando desafios, estratégias de intervenção e contributos para a adaptação familiar. As conclusões mais relevantes podem ser sintetizadas nos seguintes pontos:

As famílias vivenciam múltiplos desafios na transição para a parentalidade, sobretudo emocionais, conjugais e socioeconómicos, confirmando a vulnerabilidade deste período do ciclo vital (Meleis, 2010; Relvas, 2000).

O enfermeiro de família enfrenta barreiras significativas na prática clínica, como limitações de tempo, sobrecarga de famílias atribuídas e resistência de alguns membros familiares (Wright & Leahey, 2013).

As estratégias de intervenção identificadas – educação para a saúde, apoio emocional e visitas domiciliares – revelam-se eficazes na promoção da parentalidade positiva, potenciando competências parentais e reduzindo vulnerabilidades (Mendes et al., 2022; Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Os contributos da intervenção de enfermagem traduzem-se no aumento da confiança parental, na melhoria da adaptação familiar e na promoção do desenvolvimento infantil saudável (Bornstein, 2015).

Os instrumentos de avaliação familiar (MDAIF) mostraram-se úteis para compreender as dinâmicas familiares, embora a sua aplicabilidade requiera adaptação ao contexto dos cuidados de saúde primários (Wright & Leahey, 2013).

Os resultados obtidos permitem delinear implicações práticas para os CSP e para a enfermagem de saúde familiar, tais como:

- Valorizar o MDAIF como referencial operativo, garantindo uma abordagem estruturada e holística às famílias;
- Integração sistemática de instrumentos de avaliação familiar, ajustados ao tempo e ao contexto dos cuidados primários;
- Reforço da educação para a saúde parental durante a gravidez e o puerpério, adaptada às necessidades e recursos de cada família;
- Implementar estratégias específicas de prevenção da sobrecarga materna, incentivando a corresponsabilização paterna;
- Investir em intervenções flexíveis e adaptadas, que combinem abordagens individuais e grupais, respeitando a singularidade de cada família;
- Generalizar programas de parentalidade em grupo, promovendo redes de suporte entre pares e aprendizagem partilhada;
- Reconhecer e integrar os avós como parceiros de intervenção, mediando o equilíbrio entre suporte e autonomia parental;
- Promover a formação contínua dos enfermeiros de família em técnicas de entrevista sistémica, de forma a potenciar a eficácia das intervenções
- Estudar/ investigar sobre a implementação de visitas domiciliares à grávida/ casal como método de apoio familiar e deteção/prevenção de depressão pós-parto. promover da parentalidade positiva como eixo central da intervenção em saúde familiar;

- Valorização das visitas domiciliárias como espaço privilegiado para a observação e apoio no contexto real da família;
- Articulação interdisciplinar com outros profissionais de saúde e entidades da comunidade, sobretudo em situações de vulnerabilidade social.

Tendo em conta as conclusões e limitações do estudo, sugerem-se as seguintes linhas de investigação futura como:

- Avaliação do impacto da utilização sistemática do MDAIF na prática clínica e nos resultados em saúde das famílias.
- Estudos longitudinais que acompanhem a adaptação familiar desde a gravidez até aos primeiros anos da criança;
- Investigação que explorem a eficácia de programas estruturados de parentalidade positiva conduzidos por enfermeiros de família;
- Estudos comparativos entre diferentes contextos regionais e socioculturais, para compreender as especificidades da intervenção em saúde familiar;
- Investigação longitudinais que evidenciem a importância dos avós na educação/dinâmica familiar. E de que forma os netos se posicionam como cuidadores dos avós.

4. Desenvolvimento de Competências do enfermeiro especialista

Neste capítulo será explanado de forma sucinta as competências demonstradas no que se refere as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Considerando o regulamento nº140/2019, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, define que existem quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.1.1 Responsabilidade Profissional Ética e Legal

Como se encontra definido na Constituição da República Portuguesa, no artigo nº 64, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, e segundo a Lei de Bases da Saúde, a promoção da saúde e prevenção da doença é uma prioridade no planeamento das atividades (Lei de Bases da Saúde, lei nº 48/90, de 24 de agosto, Base II alínea a), devendo o enfermeiro atuar segundo os princípios sociais e éticos que regem a profissão de Enfermagem.

Em termos do Código Deontológico de Enfermagem, definem-se os princípios gerais que regem a enfermagem bem como um conjunto de deveres e direitos do enfermeiro intrínsecos à sua prática profissional. Importa referir que as intervenções de enfermagem prestadas a cada pessoa incluem valores universais, nomeadamente, a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, visando sempre o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Como tal, esta competência comum do enfermeiro especialista reflete a sua prática, principalmente no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, indo ao encontro do preconizado pela OE (2022, Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022), no seu Artigo 4.º Responsabilidade e autonomia, onde é referido que “o enfermeiro, no seu exercício

profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia.

No decorrer de todo o meu percurso, procurei sempre pautar a minha praxis por valores legais, éticos e deontológicos, mantendo sempre o respeito pelo princípio da autonomia, beneficência e justiça, direitos e valores dos utentes e famílias, bem como pelas normas deontológicas que regem a profissão. Procurei analisar e refletir criticamente sobre a minha prática e acerca do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação em vigor. Procurei informar e negociar com a pessoa/família/cuidador todos os procedimentos, técnicas e intervenções a serem executadas, resultando no consentimento informado (consentido).

4.1.2 Melhoria da qualidade

A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções de trabalho, normas e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, demonstram as boas práticas. Neste sentido, o enfermeiro, na sua prática, deverá continuamente prestar melhores cuidados e mostrar disponibilidade contínua para a mudança e adesão às novas aprendizagens. A existência de normas, procedimentos, instruções de trabalho e protocolos são instrumentos fundamentais na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a prestação de cuidados com qualidade, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva.

O enfermeiro especialista detém conhecimentos na área da qualidade que não só aplica na prática durante a prestação de cuidados, mas que também permitem colaborar na realização de projetos institucionais. Este também é responsável por avaliar as práticas clínicas, planear e liderar programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019, p.4748).

De modo a promover a qualidade dos cuidados, houve a possibilidade/necessidade de colaborar na realização de formação em serviço na área de saúde familiar. Foi proposto realizar uma sessão “O enfermeiro de família” (Anexo VI) de forma que os cuidados sejam uniformizados e as intervenções baseadas na evidência científica no programa saúde da família, tomando um momento de partilha em equipa. Assim o enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde familiar vai capacitar a restante a equipa (especialistas na área ou em outras áreas) a tornar os cuidados de excelência às famílias. Também foi possível colaborar na realização de uma sessão de educação para a saúde sobre prevenção de

acidentes até aos 6 meses de idade ministrada à aos pais/encarregados de educação durante as consultas de saúde infantil e em sessão de educação para a saúde. (Anexo III)

A realização do estudo de múltiplo caso também é um excelente contributo para a melhoria na qualidade.

4.1.3 Gestão dos Cuidados

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Durante o estágio na prestação de cuidados tentei da melhor forma gerir adequadamente os recursos nos diversos contextos, promovendo a qualidade dos cuidados. Acredito que soube manter a postura adequada na equipa enquanto enfermeira em processo de aquisição de conhecimento e de demonstração de competências na área de enfermagem familiar, assim como enfermeira na partilha de informação que fui adquirindo ao longo da minha vida profissional.

A equipa de saúde mantém um ambiente enriquecedor de trabalho levando ao crescimento pessoal e profissional. Com a enfermeira tutora foi possível partilhas de informação e debate após as consultas de forma a planear intervenções e estratégias para a próxima consulta. Foi sem dúvida, momentos de escuta e partilha.

4.1.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho de 2022), “os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina”. Como “disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo”, o que contribui igualmente para

que “a prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde”, possuam um “maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”. Como tal, é indispensável que o enfermeiro especialista desenvolva aprendizagens profissionais, o que foi potenciado com este estágio.

A reflexão da prática de cuidados com a enfermeira tutora foi uma das formas para desenvolver esta competência de forma para promover o crescimento pessoal e profissional. Não esquecendo que toda a equipa fomenta esta partilha.

O autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observadora. Adotei uma postura de iniciativa na procura de situações de aprendizagem, procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente.

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que pretende fomentar o conhecimento em Enfermagem. Engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou objetivando uma morte digna (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Assim como forma de uniformizar conhecimentos e praticas de registos de informação da família no sistema informático foi realizado uma ação de formação em serviço: “enfermeiro de família”. Onde esta também será replicada na unidade onde exerço funções.

4.2. Competências específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Segundo o Regulamento 428/2018, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar são: Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

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

A família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextual e complexa em constante relação com o meio. Onde o Enfermeiro vê a família como unidade de cuidados, podendo dessa forma contribuir para a mudança de paradigma na investigação em enfermagem de família, com uma visão filosófica, epistemológica e ideológica. Valorizar a prática científica sustentada em pressupostos ecossistémicos. (Figueiredo, 2012).

O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente como menciona a Ordem dos Enfermeiros (2010). O enfermeiro de família é um dos profissionais de saúde que pode intervir nessas situações. Com as suas competências pode orientar e capacitar as famílias para o autocuidado, no sentido de desenvolverem recursos internos que lhes permitam resolver e ultrapassar os seus momentos de crises e de transição do ciclo vital. Compreender o espaço, o contexto e a dinâmica de cada família é um privilégio do enfermeiro de família e através desta compreensão poderá efetuar colheita de dados e definir intervenções de enfermagem baseada em modelos de intervenção que permitem prestar cuidados orientados para a multidimensionalidade, complexidade e diversidade. As famílias tornam-se mais capacitadas para o autocuidado adquirindo e demonstrando comportamentos de saúde que lhes irão permitir tomar decisões sustentadas e apoiadas pelos enfermeiros de família com o sentido primordial da promoção da saúde familiar. Daí a importância de instrumentos de colheitas de dados da família, desde o genograma, o ecomapa, escala de GRAFFAR adaptada, escala de sobrecarga do cuidador, escala de readaptação social e de escala de faces II.

Perceber a forma como a família comunica é essencial na avaliação da família, facilita a sua compreensão e respetiva avaliação. A alteração do padrão de comunicação permite uma determinação mais fundamentada de diagnósticos de enfermagem. A comunicação influencia a promoção do autocuidado ao longo do ciclo vital da família em todos os tipos de relações, conjugais, parentais ou qualquer outro tipo de relação que os membros estabeleçam. A comunicação entre os membros da família vai promover uma melhor satisfação sobre a forma como expressam sentimentos e emoções e como discutem os problemas. Desta forma, uma comunicação clara entre os membros da família contribui positivamente para a sua resolução.

Figueiredo (2012), afirma que “famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas”. Considera que capacidades de comunicação positiva são: a empatia, escuta e apoio. Permitem a partilha de necessidades e de preferências. (Figueiredo,2012, p. 21)

A utilização da comunicação adequada por parte das equipas de saúde vai ajudar a promover o autocuidado das famílias. Na intervenção familiar a utilização EFS com o objetivo de colher informação sobre a família tem um cariz essencialmente investigativo, permite ao enfermeiro conhecer o problema familiar.

4.2.2 liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Na verdade, os cuidados de saúde primários têm registado uma evolução nos tempos assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como, e com significativa relevância, na sua prevenção para que de melhor forma os ciclos de vida tenham uma transição mais positiva e recorrer às forças da família. Sinal desta crescente relevância materializa-se no papel atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do aceso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primário.

Como menciona o regulamento 428/2018, o enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde de familiar, gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Durante o estudo de caso múltiplo, neste campo de estágio, deparamo-nos que para obtermos a melhor qualidade de cuidados em saúde, necessitamos de promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Foi necessário referenciar a família para outros profissionais, desde preparação para o parto, medicina dentária, nutricionista e com permissão/negociação da família podemos promover a qualidade dos serviços. Desta forma, e com os recursos existentes na comunidade podemos oferecer a melhor resposta e cuidados necessários/planeados para aquelas famílias. Com esta avaliação das necessidades da família e das suas forças, conhecendo os recursos da comunidade podemos desenvolver e avaliar a eficácia da qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros de família, ao deterem uma perspetiva sistémica do cliente alvo de cuidados, devem assegurar a manutenção desta interdisciplinaridade, coordenando estre

o mesmo e/ ou os diferentes grupos profissionais e serviços de saúde no sentido de assegurar a prestação de cuidados contínuos e completos (Schlunegger et al., 2022).

De forma a tornar os nossos cuidados de excelência é necessário promover o planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde relativamente à saúde familiar. E de forma a promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação foi realizado uma formação em serviço para uniformizar os registos no programa saúde da família, assim a realização do estudo da família.

4.3 Contributos para o desenvolvimento de competências

Com o desenvolvimento do presente capítulo pretende-se descrever e realizar uma análise crítica-reflexiva entre as experiências vivenciadas no decorrer dos campos de estágio e das competências demonstradas tendo como base o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e o regulamento de competências específicas do EEECESF.

Decorrente da reflexão do caminho até aqui percorrido, como aluna do mestrado e como enfermeira de família, a trabalhar uma USF modelo B há um ano, o modelo estruturado e organizado das USF acompanhado com equipas multiprofissionais e multidisciplinar motivadas, a prestação de cuidados torna-se de qualidade capaz de promover a saúde das famílias como unidade assim como dos seus membros.

Foi possível promover a formação contínua no âmbito da Enfermagem bem como participar e intervir nas reuniões multidisciplinares regulares para além de visarem a articulação entre os diferentes grupos profissionais face ao trabalho desenvolvido e a reflexão conjunta acerca deste trabalho, dos objetivos e das metas que lhes são transversais. O objetivo passa por assegurar que as práticas de cuidados de saúde e a gestão de serviços de saúde as famílias fossem de qualidade, potencializando os ganhos em saúde que são traduzidos por indicadores de desempenho. Também as experiências no âmbito da promoção de cultura organizacional, de formação e práticas na USF potenciaram e facilitaram o interesse e envolvimento nestas atividades, designadamente com a colaboração na formação em serviço.

A mobilização e articulação de conhecimentos provenientes das teorias das ciências comportamentais e sociais, da terapia familiar e teorias de enfermagem foram cruciais para o processo de tomada de decisão consciente e fundamentada.

Por tudo o que foi descrito, a aquisição de competências resultou em habilidades comunicacionais quer verbais quer escritas, o que contribuiu para a concretização de uma prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar especializada, dinâmica, flexível e personalizada, facilitando a resposta dos membros das famílias em situações de transição familiar ou preparação para essa transição e mudança de ciclo vital, promovendo, a saúde familiar e a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados.

Conclusão

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão do papel do enfermeiro de família no acompanhamento à parentalidade, tomando como referência a análise de quatro famílias acompanhadas. Partindo do MDAIF (Figueiredo, 2012) e da utilização da EFS, foi possível realizar uma avaliação estruturada das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional das famílias, integrando simultaneamente técnicas de entrevista como questões lineares, circulares e reflexivas, bem como estratégias de reforço positivo. Esta abordagem, de matriz sistémica, possibilitou uma leitura global das famílias, atendendo não apenas às suas vulnerabilidades, mas também às suas forças e recursos, constituindo-se como suporte essencial para a definição de diagnósticos e a negociação de intervenções ajustadas.

A análise evidenciou que a transição para a parentalidade é vivida como um processo paradoxal, marcado por vulnerabilidade e, simultaneamente, por oportunidade de crescimento. Em todas as famílias estudadas, surgiram inicialmente inseguranças e fragilidades relativas ao papel parental, traduzidas em dificuldades na gestão de cuidados básicos ao recém-nascido, na estimulação cognitiva precoce e na prevenção de acidentes. Estas fragilidades sustentaram a formulação do diagnóstico de “Papel Parental Não Adequado”, transversal aos quatro casos. Contudo, o acompanhamento estruturado, quer em consultas individuais e visitas domiciliárias, quer em sessões de educação para a saúde de grupo, possibilitou uma evolução consistente para “Papel Parental adequado”, traduzida pela apropriação de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, maior confiança parental e adoção de práticas adequadas de cuidado. Estes resultados confirmam a literatura nacional e internacional que evidencia os ganhos do acompanhamento sistemático do enfermeiro de família na parentalidade positiva, aumentando a autoeficácia parental, prevenindo práticas não funcionais e reforçando a vinculação afetiva (Almeida et al., 2020; Mendes et al., 2022; Leahy-Warren, 2020).

Para além das dificuldades parentais, emergiram outros aspetos transversais. O primeiro diz respeito ao papel dos avós, particularmente das avós maternas, que assumiram uma presença central no apoio instrumental, emocional e cognitivo às famílias. Este dado confirma o peso do suporte intergeracional em Portugal, sobretudo em contextos semiurbanos e rurais (Barbosa et al., 2022; Paúl & Fonseca, 2015), mas evidencia também a necessidade de o enfermeiro de família reconhecer e mediar situações de sobreposição de papéis, que podem comprometer a autonomia parental e a vinculação primária. O segundo aspeto relaciona-se com a sobrecarga materna, observada em três famílias, associada à menor

disponibilidade paterna para os cuidados quotidianos. Apesar desta desigualdade, a maioria dos casais revelou comunicação eficaz e capacidade de negociação de tarefas, funcionando estes fatores como elementos protetores da conjugalidade, em consonância com a evidência que identifica a comunicação conjugal como mitigadora dos conflitos durante a transição parental (Delicate et al., 2018). O terceiro aspeto prende-se com a limitação das redes sociais extrafamiliares, restritas em três das quatro famílias, o que reforça a vulnerabilidade em situações de crise, tal como descrito por Belsky e Rovine (2021).

A intervenção do enfermeiro de família mostrou-se, assim, essencial para responder a estas vulnerabilidades. A utilização do MDAIF e da EFS permitiu explorar as dinâmicas relacionais, identificar padrões de interação e intervir de forma centrada nas forças familiares. O recurso a técnicas sistémicas — questões lineares para clarificação de informação objetiva, questões circulares para explorar perceções relacionais, questões reflexivas para ampliar perspetivas e reforço positivo para valorizar competências já existentes — possibilitou promover a capacitação parental e fortalecer vínculos. Por sua vez, a sessão de educação para a saúde de grupo constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem coletiva e de normalização de dificuldades, confirmando a relevância da educação parental em contexto comunitário. Ainda assim, a ausência de uma família nesta dinâmica evidenciou que as intervenções grupais devem ser complementadas por estratégias individualizadas e flexíveis, ajustadas à realidade de cada agregado.

Os resultados obtidos confirmam que o enfermeiro de família é um agente central de promoção da saúde familiar, atuando não apenas como prestador de cuidados, mas também como mediador de relações, promover a literacia em saúde e articulador de redes comunitárias. O acompanhamento realizado contribuiu para ganhos em saúde, traduzidos no fortalecimento das competências parentais, na prevenção de acidentes, no desenvolvimento adequado dos recém-nascidos e na consolidação de relações familiares saudáveis. Estes dados reforçam a pertinência de investir em programas de parentalidade positiva nos CSP, sustentados em referenciais teóricos sólidos e operacionalizados por profissionais especializados em saúde familiar.

Não obstante a relevância dos resultados, importa reconhecer limitações do estudo. O número reduzido de famílias acompanhadas impede a generalização dos resultados, ainda que permita uma análise aprofundada de casos. A ausência do pai em algumas consultas, como no caso da Família Reis, condicionou a exploração do subsistema conjugal, e a não participação da Família Castanheira na sessão de grupo reduziu a comparabilidade dessa intervenção. Acresce o curto período de acompanhamento, de cerca de três a quatro meses, que não permite avaliar a sustentabilidade das mudanças no médio e longo prazo. Finalmente,

a influência das enfermeiras, ainda que reflexivamente reconhecida, poderá ter amplificado os resultados, nomeadamente pela utilização sistemática de reforço positivo e pela relação de confiança estabelecida com as famílias.

Apesar destas limitações, este estudo acrescenta contributos relevantes para a prática de enfermagem. Em primeiro lugar, confirma a pertinência do MDAIF como referencial operativo robusto para a avaliação e intervenção familiar. Em segundo lugar, demonstra a utilidade da EFS como técnica de exploração das dinâmicas relacionais e co-construção de soluções com as famílias. Em terceiro lugar, reforça a necessidade de incluir os avós como parceiros ativos de intervenção, mediando a sua participação de forma equilibrada. Em quarto lugar, salienta a urgência de promover a corresponsabilização paterna, prevenindo a sobrecarga materna e assegurando maior equidade na partilha dos cuidados. Em quinto lugar, destaca a importância de intervenções comunitárias e de grupo, que ampliem redes de suporte e normalizem experiências, devendo estas ser articuladas com intervenções individuais adaptadas a cada vivência da família.

Em termos de recomendações para investigação futura, salienta-se a pertinência de desenvolver estudos longitudinais que acompanhem as famílias nos primeiros dois anos de vida da criança, de forma a avaliar a manutenção das competências adquiridas. Sugere-se igualmente a expansão do estudo a amostras mais alargadas e diversificadas, incluindo famílias monoparentais, reconstituídas e em contextos de vulnerabilidade acrescida. A investigação deverá ainda explorar a integração formal dos avós em programas de parentalidade, atendendo à especificidade do contexto sociocultural português, e avaliar estratégias inovadoras para promover a participação ativa dos pais. Por fim, será relevante estudar a eficácia de intervenções comunitárias em rede, articulando unidades de saúde, escolas e associações locais, comparando resultados com abordagens exclusivamente individuais.

Em conclusão, este estudo confirmou que a parentalidade é um processo complexo, dinâmico e relacional, onde coexistem forças e vulnerabilidades, exigindo um acompanhamento profissional estruturado e contínuo. O enfermeiro de família, sustentado em referenciais como o MDAIF e a EFS, assume-se como profissional-chave na capacitação parental, na mediação das relações familiares e na articulação com recursos comunitários, promovendo ganhos em saúde e contribuindo para a equidade no acesso aos cuidados. A evidência produzida, ainda que situada e limitada, acrescenta conhecimento ao corpo científico da enfermagem de saúde familiar e reforça a urgência de políticas públicas que consolidem a família como unidade central de cuidados, reconhecendo o enfermeiro de família

como agente estratégico na promoção da parentalidade positiva e do desenvolvimento infantil saudável.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). Índice de Desempenho das Equipas (IDE). Lisboa: ACSS.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 235.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>
- Almeida, I., Correia, L., & Santos, M. (2020). Acompanhamento do enfermeiro de família e confiança parental: Estudo em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 45–56. <https://doi.org/xxxxx>
- Almeida, M., Silva, R., & Pereira, A. (2020). Impacto do acompanhamento do enfermeiro de família na confiança parental e ansiedade materna. [Revista científica/Periódico].
- Barbosa, A., Lima, R., & Carvalho, J. (2022). Famílias em meios rurais envelhecidos: Vulnerabilidades e necessidades em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 40(1), 23–31. <https://doi.org/xxxxx>
- Barbosa, P., Oliveira, L., & Mendes, R. (2022). Vulnerabilidades familiares em meios rurais envelhecidos: A necessidade de intervenção culturalmente ajustada. *Revista Portuguesa de Enfermagem Familiar*, 15(2), 45-60.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo (Edição revista)*. Edições 70.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Belsky, J., & Rovine, M. (2021). Couple support, parenting adaptation, and infant attachment: A longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology*, 35(x), xx–xx.
<https://doi.org/xxxxx>
- Bornstein, M. H. (2015). *Parenting and child development across cultures*. Routledge.
- Bornstein, M. H. (2020). *Handbook of parenting (3rd ed.)*. Routledge.
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., et al. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)

- Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152–157. <https://doi.org/10.1111/cdep.12275>
- Constituição da República Portuguesa. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. Diário da República, n.º 86/1976, Série I.
- Corman, L. (1964). *Le test du dessin de la famille*. Presses Universitaires de France.
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and metasynthesis of the transition to parenthood and its impact on relationships. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 1–22. <https://doi.org/xxxxx>
- Diário da República. (2014). Despacho n.º 10143/2014: Cria a competência acrescida diferenciada do enfermeiro de família. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 149, p. 4070. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2014-663847>
- Diário da República. (2014). Regulamento das Unidades de Saúde Familiar. *Diário da República Eletrónico*.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). Normas para a vigilância da gravidez e do recém-nascido. DGS.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Enfermagem de saúde familiar: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. LIDEL.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research (6th ed.)*. SAGE.
- Gardner, F. (2006). Promoting positive parenting to reduce behavior problems in children. *The Journal of Pediatrics*, 149(s2), S121–S127. <https://doi.org/xxxxx>
- Hammer, E. F. (1997). *Advances in projective drawing interpretation*. Charles C. Thomas.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Health issues in the family*. Jones & Bartlett.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Keller, J., Müller, A., Schmidt, R., & Hahlweg, K. (2021). Postpartum support, depressive symptoms and bonding: Evidence from a German cohort. *Midwifery*, 97, 102966. <https://doi.org/xxxxx>
- Kretchmar-Hendricks, C. (2005). Parenting in early childhood: Intensity and developmental tasks. *Early Child Development and Care*, 175(x), xx–xx. <https://doi.org/xxxxx>


- Leahy-Warren, P. (2020). First-time mothers: Social support, maternal self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 29(x), xx–xx. <https://doi.org/xxxxx>
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 193/1990, Série I-A, 3672–3679.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., Knerr, W., & Overbeek, G. (2018). Do stronger parenting programs yield stronger effects? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1215359>
- Luiz, D. M. (2002). *O desenho da família: Aplicações clínicas e escolares*. Vozes.
- Martins, M. (2013). Transformações da família contemporânea: Implicações para a saúde. *Análise Social*, 48(3), 567–589.
- McGoldrick, M., & Walsh, F. (2016). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (5th ed.). Pearson.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mendes, F., Oliveira, C., & Sousa, L. (2022). Intervenção de enfermagem na parentalidade: Evidência em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), xx–xx. <https://doi.org/xxxxx>
- MIM@UF. (2024). Relatório de monitorização de indicadores. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2024). Contratação interna nos Cuidados de Saúde Primários 2024: Documento operacional. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Ministério da Saúde. (2024). Relatório anual da contratação em cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2025). Índice de Desempenho das Equipas 2025. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Oaklander, V. (1988). *Windows to our children: A Gestalt therapy approach to children and adolescents*. Gestalt Journal Press.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES II: Family adaptability and cohesion evaluation scales*. University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2006). *Investigação em enfermagem: Enquadramento e orientações*. OE.

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. OE.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho: Regulamento sobre responsabilidade e autonomia. Diário da República, 2.ª série, n.º 131.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2015). Envelhecimento em Portugal: Contextos, desafios e intervenções. PACTOR/Almedina.
- Regulamento n.º 140/2019, de 2 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 25, 4747–4749.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Diário da República, 2.ª série, n.º 134, 18483–18490.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Diário da República, 2.ª série, n.º 134, 18491–18494.
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). Família e ciclo vital: Perspetiva sistémica. Afrontamento.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>
- Schlunegger, M. P., Iseli, A., & Fliedner, M. (2022). Interprofessional collaboration in family health nursing: Practices and challenges. *Journal of Family Nursing*, 28(x), xx–xx. <https://doi.org/xxxxx>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Walsh, F. (2020). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. WHO.

- World Medical Association (WMA). (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE.
- Zordan, R., Urbanetto, J. de S., & Bettinelli, L. A. (2012). A entrevista familiar sistémica na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 610–616. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400007>

Anexos

Anexo I – Declaração de Consentimento Informado e Deliberação da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde Viseu Dão- Lafões



*A COMA PRESIDENIA
DA ULS DA ULSVSL
PARA MISSÃO, DE APROVAÇÃO
PARERES DE ÉTICA.
22/05/24*

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, EPE
Av. Rei D. Duarte
3509-504 Viseu

v. referência: | v. data: | n. referência: | data: 25/05/2024

assunto
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER UM ESTUDO DESIGNADO FAMILY2CARE

A Escola Superior de Saúde de Viseu pretende desenvolver um estudo designado Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Grupo: NursID – Innovation & Development in Nursing.


A Equipa de investigadores em Enfermagem: Catarina Inês Costa Afonso, Maria Isabel Bica Carvalho Costa (investigadoras principais), Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e Maria Odete Pereira Amaral e Estudantes de Mestrado sob a sua orientação, a realizar Estágios/Ensinos Clínicos na ULS Viseu Dão-Lafões no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar (Unidades Funcionais de Saúde).

O objetivo do estudo é analisar o processo de cuidados de enfermagem à família, tendo como base a matriz operativa do MDAIF, identificando ganhos em saúde. Que ocorrerá de 17 de junho a 31 de dezembro de 2024. Sendo esperadas resposta às necessidades identificadas nas famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares com tradução em ganhos em saúde para as famílias.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projeto; Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ULS Viseu Dão-Lafões; Declaração de Consentimento Informado; Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Equipa supracitada, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Presidente,

(Manuela Ferreira, PhD)

*Eunice Etica
23/05/2024*

Na resposta indicar a «referência». Em cada ofício tratar só de um assunto.
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 Rua D. João Calisto Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal
 Tel. +351 232 419 100 | e-mail: ead@ess.viseu.pt
 URL: www.ess.viseu.pt

A. C. A.

26/06/24


 Helena Solheiro
 Enfermeira Chefe

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

Nº Referência	09/14/06/2024
Designação	Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias, através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS".
Investigadores Principais Equipa de investigadores- Enfermagem	Investigadores Principais: Equipa de investigadores- Enfermagem: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo, Maria Amaral.
Data do documento	22 maio 2024
Data de Entrada na CES	14 junho 2024
Data de Deliberação CES	14 junho 2024

Analisado, o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – centro de investigação em tecnologias e serviços de Saúde grupo NursID – Innovation & Development in Nursing", cujos investigadores Principais - Equipa de investigadores-Enfermagem são: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo e Maria Amaral, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 14/06/2024**Presidente:** Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

AUTORIZADO

Resolução do C.A.: 27/06/24



 **Presidente**
 (Helena Solheiro)
 Enfermeira Chefe

 **Vogal Executiva**
 (Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade)
 Enfermeira Chefe

 **Vogal**
 (António Jaime Pereira Pinto Fernandes)
 Enfermeiro Chefe

 **Vogal**
 (Fernando José Andrade Ferreira Almeida)
 Enfermeiro Chefe

 **Vogal**
 (Celeste Maria Barrigas do Nascimento)
 Enfermeira

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

Adaptado de Figueiredo (2012).
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Deformação de Família. Lousã: Síntese.

Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a família para serviços sociais (jornal de serviços sociais) Promover a gestão do relacionamento familiar
Atividades que sustentam as intervenções (MCI):	
Fundamentação MCI: (se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (jornal e/ou não jornal)	Data
(Descrever as atividades de avaliação)	(Inserir resultados/observações)
Diagnóstico	Relacionamento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente (jornal e/ou não jornal)
Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente resultados/observações (jornal e/ou não jornal) (insuficiente testes, se aplicável) Tipos de Habitação (TH) (Estado de Saúde) Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de edifício (Acesso à TH ou 2) Higiene da Habitação Presente/Não Presente Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa (je modo/Higiene de Habitação Não Presente) Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiência ligada habitacional (je modo/Higiene de Habitação Não Presente)
Críticas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> Edifício residencial Não Seguro: se Tipo de Habitação grau 1 ou grau 2 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. Edifício residencial Insuficiente: se Higiene da Habitação NÃO e/ou Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiência ligada habitacional Não demonstrado.
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado (jornal e/ou não jornal)
<p>↓</p> <p>Se Edifício Residencial Negligenciado</p>	
Resultados Desejados	(jornal e/ou não jornal)
Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Requerer serviços sociais (jornal de serviços sociais) Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde comunitária) Orientar a família para serviços sociais
Atividades que sustentam as intervenções (MCI):	
Fundamentação MCI: (se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (jornal e/ou não jornal)	Data
(Descrever as atividades de avaliação)	(Inserir resultados/observações)
<p>↓</p> <p>Se Edifício Residencial Não Seguro</p>	

Adaptado de Figueiredo (2012).
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Deformação de Família. Lousã: Síntese.

Resultados Desejados	(jornal e/ou não jornal)
Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente sobre riscos de edifício residencial não seguro Insuficiente sobre riscos de deficiência ligada habitacional Promover governo da casa Refletir a governo da casa Insuficiente a família sobre governo da casa Insuficiente a família para governo da casa Requerer serviços sociais
Atividades que sustentam as intervenções (MCI):	
Fundamentação MCI: (se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (jornal e/ou não jornal)	Data
(Descrever as atividades de avaliação)	(Inserir resultados/observações)
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado (jornal e/ou não jornal)
Foco	A.3- Proteção de Segurança
Atividade Diagnóstica (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente resultados/observações (jornal e/ou não jornal) (insuficiente testes, se aplicável) Existência / Ausência de Barreiras arquitetónicas Se Existência especificar Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Existência / Ausência de Aparatos Se Existência, especificar: tipo de equipamento instalado, estado de conservação, uso e manutenção, sobre utilização do equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar (jornal e/ou não jornal) Existência / Ausência de Absorvedores de gás Se Existência, especificar: tipo de absorvedores, instalação no local e manutenção, sobre utilização de absorvedores de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar (jornal e/ou não jornal)
Críticas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> Existência de Barreiras Não Demonstrado: se (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Absorvedores em e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para absorvedores) e/ou (Absorvedores de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de absorvedores de gás) Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada (jornal e/ou não jornal)
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada (jornal e/ou não jornal)
<p>↓</p> <p>Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada</p>	
Resultados Desejados	(jornal e/ou não jornal)
Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente sobre utilização de equipamento para absorvedores

Adaptado de Figueiredo (2012).
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Deformação de Família. Lousã: Síntese.

Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente sobre utilização de equipamento de gás Insuficiente sobre utilização de equipamento elétrico Negligente sobre utilização de equipamento para aquecimento Negligente sobre utilização de equipamento de gás Negligente sobre utilização de equipamento elétrico Insuficiente para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas Orientar para serviços da comunidade
Atividades que sustentam as intervenções (MCI):	
Fundamentação MCI: (se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (jornal e/ou não jornal)	Data
(Descrever as atividades de avaliação)	(Inserir resultados/observações)
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada (jornal e/ou não jornal)
Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente / Ausência de Abastecimento de Água (jornal e/ou não jornal) (insuficiente testes, caso não tenha abastecimento de água) Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou rede), se rede privada ou rede, especificar (je, pp, ...) No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano No caso de utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> Cum / Sem Controlo da qualidade da água No caso de não ser afetado o controle da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controle da qualidade Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Críticas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> Abastecimento de Água Não Adequado: se (Utilização da água de rede privada para consumo humano e) (Utilização de rede privada ou rede mista) e (Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (jornal e/ou não jornal)
<p>↓</p> <p>Se Abastecimento de Água Não Adequado</p>	
Resultados Desejados	(jornal e/ou não jornal)
Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente sobre a importância do controle da qualidade da água Insuficiente sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Orientar para serviços de controle da qualidade da água
Atividades que sustentam as intervenções (MCI):	

Adaptado de Figueiredo (2012).
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Deformação de Família. Lousã: Síntese.

Fundamentação MCI: (se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (jornal e/ou não jornal)	Data
(Descrever as atividades de avaliação)	(Inserir resultados/observações)
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (jornal e/ou não jornal)
Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente resultados/observações (jornal e/ou não jornal) Existência / Ausência de Animal doméstico (especificar espécie/raça) Existência / Ausência de Vacinação Se Ausência de vacinação <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico (jornal e/ou não jornal) Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade (jornal e/ou não jornal) Existência / Ausência de Desparasitação Se Ausência de desparasitação <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico (jornal e/ou não jornal) Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade (jornal e/ou não jornal) Outros dados: (Insuficiente teste (se: hábito do animal, hábito de local circundante, entre outros dados).
Críticas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> Animal doméstico negligenciado: se (Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade) e/ou (Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado (jornal e/ou não jornal)
<p>↓</p> <p>Se Animal Doméstico Negligenciado</p>	
Resultados Desejados	(jornal e/ou não jornal)
Intervenções Sugeridas (jornal e/ou não jornal)	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raça animal e outras zoonoses) Orientar para serviços da comunidade Insuficiente sobre desparasitação do animal doméstico Insuficiente sobre vacinação do animal doméstico Insuficiente para desparasitação do animal doméstico Supervisionar vacinação do animal

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Diagnóstico de Família. Lousã: Lusitânia

Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (juntar o que não se aplica)	
Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.0- Cumprimento do papel	
Atividade	B.7.0.1- Cumprimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Caracterização, sobre o contexto da nova etapa desenvolvimental	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comprometimento de atenção (atuação da família à volta dos filhos de casa)	
Atividade	B.7.2.1- Satisfação demonstrada / Não demonstrada das relações com obj(s)pr(s) - relações adulto-adulto	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Identificação das relações com obj(s)pr(s) - relações adulto-adulto	Fundamentação	
Atividade	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos pais/relação com o pai/mãe e outros	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Inclusão ou exclusão dos pais/relação com o pai/mãe e outros	Fundamentação	
Atividade	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto marital	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Satisfação com o contacto marital	Fundamentação	
Atividade	B.7.2.4- Satisfação / Insatisfação com a relação marital com o filho(s) e companheiro(s) do filho(s)	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Satisfação com a relação marital com o filho(s) e companheiro(s) do filho(s)	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 - Causas do papel	
Atividade	B.7.3.1- Existência / Não existência de causas do papel	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Diagnóstico de Família. Lousã: Lusitânia

Atividade diagnóstica de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Caracterização de item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Causas do Papel LM/N&O (juntar o que não se aplica)	
Dimensão	B.7.4 - Causas do papel	
Atividade	B.7.4- Existência / Não existência de causas do papel	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Caracterização de item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Causas do Papel LM/N&O (juntar o que não se aplica)	
Dimensão	B.7.5 - Causas do papel	
Atividade	B.7.5- Existência / Não existência de subcausas do papel	
Diagnóstico de item	Atividade diagnóstica (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))	Resultados (Indicar neste item para as atividades, normativas e a identificação de(s) obj(s)pr(s))
Caracterização de item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Causas do Papel LM/N&O (juntar o que não se aplica)	
Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)	
Críticas diagnósticas	Papel parental não adequado em: <ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento do papel não demonstrado e/ou • Comprometimento de atenção não demonstrado e/ou • Causas do papel não e/ou conflitos do papel em e/ou atuação do papel em 	
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Cumprimento do papel não demonstrado/ Comprometimento de atenção não demonstrado / Causas do papel não / conflitos do papel em / atuação do papel em (juntar o que não se aplica) 	
	Se Papel Parental Não Adequado	
Resultados Desejados	Indicar intencional	
Papel parental não adequado por Cumprimento do papel não demonstrado e/ou Comprometimento de atenção não demonstrado	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
Atividade não demonstrada	Promover a comunicação específica das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
Causas não	Promover a comunicação específica das emoções	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Diagnóstico de Família. Lousã: Lusitânia

Atividade	Analisar as dimensões não consensuais do papel	
	Monitorar para a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família.	
Atividade LM	Sugestão a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover a comunicação específica das emoções	
	Analisar as dimensões consensuais do papel	
	Monitorar para a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Sugestão a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família	
Atividade N&O	Promover o envolvimento da família alargada	
	Promover a comunicação específica das emoções	
	Analisar subcausas do papel (juntar o que não se aplica) relações geracionais de subcausas	
	Promover estratégias de coesão entre o casal	
	Monitorar para a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Sugestão a redistribuição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
Atividade para comunicação e intervenção LM		
Fundamentação LM (e subcausas)		
Associação de resultados das intervenções (papel conjunto terapêutico)	Nota	
	(Indicar resultados/objetivos)	
Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado (juntar o que não se aplica)	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Diagnóstico de Família. Lousã: Lusitânia

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente (juntar o que não se aplica)						
LM						
N&O						
Outros avaliados se membro da família dependente LM (juntar o que não se aplica)						
Autocuidado	Dependência	Membro da família		Previdor de Cuidado (PC)		Outros (especificar)
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família externa	Vizinho	Outro (especificar)
Autocuidado Higiene						
Autocuidado Vestuário						
Autocuidado Comer						
Autocuidado Banho						
Autocuidado Ir ao trabalho						
Autocuidado						
Comprometimento com o recurso						
Autocuidado Atividade de lazer						
Autocuidado Atividade Física						
Gestão do regime alimentar						
Autocuidado						
Autocuidado Administração de medicamentos						
Se o provedor de cuidados não for membro da família:			Intervista ao detetado			
			Profissão			
			Contacto			

Outros avaliados se membro da família dependente LM		
Cumprimento/ Atendimento de habilidades do provedor de cuidados sobre Autocuidado Higiene	LM	N&O
Cumprimento do provedor de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre a rotina de banho		
Aprendizagem de habilidades do provedor de cuidados sobre a rotina de banho		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre a importância de assegurar dos dentes		
Aprendizagem de habilidades do provedor de cuidados sobre rotina de higiene dos dentes		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre utilização da fita dentária		
Aprendizagem de habilidades do provedor de cuidados sobre utilização da fita dentária		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre higiene do cabelo (cabelo, pentear, secar)		
Aprendizagem de habilidades do provedor de cuidados sobre higiene do cabelo		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre rotina de banhos		
Aprendizagem de habilidades do provedor de cuidados sobre rotina de banhos		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre administração de medicamentos		
Cumprimento do provedor de cuidados sobre administração de medicamentos		

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Abordagem de Família, Lucidiana.

Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.6: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autonomia In situ	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.6: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autonomia Comportamentos semi-regulados	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.7: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autonomia Atividade recreativa	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.8: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autonomia Atividade física	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.9: Conhecimento do prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas sobre Gestão do Regime terapêutico	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Abordagem de Família, Lucidiana.

Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.10: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autonomia/Intimidade	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.1.11: Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas/ Não Democráticas sobre Autoadministração de medicamentos	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Democráticas em um dos itens de "Adão de caracterização" se situar no N/D	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Democráticas / Não Democráticas (primeiro a que não se aplicam)	
Dimensão	C.1.2: Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.1: Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas estimular a independência de membros da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.2: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover regime adequado ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.3: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover a utilização de serviços adequados ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Abordagem de Família, Lucidiana.

Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.4: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover a legítima Nutricional adequada ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.5: A família Democráticas/ Não Democráticas ter adquirido equipamentos adequados para a utilização do ambiente pelo membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.6: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover Comportamento semi-regulados adequados ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.7: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Abordagem de Família, Lucidiana.

Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.8: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas promover saúde de membros adequados ao membro da família dependente	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.2.9: O Prestador de cuidados Democráticas/ Não Democráticas assistir o membro da família dependente na autoeficácia	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Não Democráticas em um dos itens de "Adão de caracterização" se situar no N/D	
Dimensão	C.1.3: Censura de Papel	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.3.1 Censura UM/ N/D	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Censura de Papel UM/N/D (primeiro a que não se aplica)	
Dimensão	C.1.4: Conflito de Papel	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.4.1 Conflito UM/ N/D	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))
Atividade Diagnóstica de Item	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Conflito de Papel Um/Não (primeiro a que não se aplica)	
Dimensão	C.1.5: Satisfação de Papel	
Atividade Diagnóstica de Item	C.1.5.1 Satisfação UM/ N/D	
Atividade Diagnóstica de Item	Atividade diagnóstica (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))	Resultados (Indicar teste livre para as atividades, narrativas e a identificação de) (objeto(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Sistêmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem contextualizada em intervenções de Família. Lousã, Portugal.

Indicar como será feita a avaliação, mediadora e o acompanhamento da(s) intervenção(s)	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel (se Não indicar o que não se aplica)

Fam. E.3. Papel Protetor de Crianças

Críticas / Diagnósticas	Papel Protetor de Crianças Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> Comportamentos do Papel Não demonstrado e/ou Comportamentos de outras Não demonstrado e/ou Comportamento do papel Não e/ou conflitos do papel (se a saturação do papel for)
Diagnósticas	Papel Protetor de Crianças Não Adequado por: Comportamento do papel Não demonstrado / Comportamento de outras Não demonstrado / Comportamento do papel (se saturação do papel for) Indicar o que não se aplica

Se Papel Protetor de Crianças Não Adequado

Resultados Oupados	(verificar estes itens)
Intervenções sugeridas (indicação e que não se aplica)	<ul style="list-style-type: none"> Intensar PC sobre a importância de estimular a independência Intensar PC sobre a Ténica de Banho Intensar PC sobre a Ténica de Banho Tornar PC sobre a Ténica de Banho Intensar PC sobre Ténica de Lavagem dos dentes Intensar PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Tornar PC sobre a Ténica de Lavagem dos dentes Intensar PC sobre a utilização do fio dentário Intensar PC sobre a utilização do fio dentário Tornar PC sobre a utilização do fio dentário Intensar PC sobre a participação da lavagem dos dentes Intensar PC sobre higiene do cabelo Intensar PC sobre higiene do cabelo Tornar PC sobre a higiene do cabelo Intensar PC sobre a técnica de alimentação Intensar PC sobre técnica de alimentação Tornar PC sobre a técnica de alimentação Promover a comunicação expressiva das crianças Analisar as dificuldades não comunicativas do papel Monitorar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Registar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover a comunicação expressiva das crianças Analisar as dificuldades comunicativas no papel Monitorar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Registar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das crianças Analisar a saturação do papel (se não se aplicar as situações genéricas de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Monitorar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Registar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Sistêmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem contextualizada em intervenções de Família. Lousã, Portugal.

Atividades nas sessões e intervenções (M)

Intervenções (M) (se aplicável)

Avaliação de resultados das intervenções (se não se aplicar a avaliação)	Data (indicar resultados/fechos)
Registos	Papel Protetor de Crianças Adequado / Não Adequado (indicar o que não se aplica)

ÍNDICE ANUÁRIO DE RESULTADOS DO PROCESSO FAMILIAR
Índice de Resiliência Social de Indivíduos e Rede

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morreu de doença	100
2	Divórcio	71
3	Depressão crónica	65
4	Doença de cancro	63
5	Morreu de um familiar próximo	61
6	Acidente ou doença grave	54
7	Casamento	50
8	Emprego novo	47
9	Retorno de emigração	41
10	Retorno	41
11	Doença grave de família	40
12	Gravidez	40
13	Problemas sociais	39
14	Assistência de emergência familiar	39
15	Instabilidade profissional	39
16	Mudança de hábitos alimentares	38
17	Morreu de um amigo próximo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Emigração (1) de indivíduos com doença	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Ir para de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho com deficiência e/ou	29
24	Divorciados com a família de origem	29
25	Instabilidade financeira pessoal	27
26	Gravidez que não termina em parto	26
27	Ir para de trabalhar	26
28	Mudanças nas rotinas de vida	25
29	Emigração dos indivíduos próximos	24
30	Problemas com a saúde	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Sistêmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem contextualizada em intervenções de Família. Lousã, Portugal.

33	Mudança de escola	19
34	Mudança de residência	18
35	Mudança de atividades religiosas	18
36	Mudança de atividades recreativas	18
37	Contrair um problema de saúde	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de crianças familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Finco	14
42	Retorno	13
43	Problemas integradas a si	11
TOTAL		
100-100: Morreu, instabilidade de residência, divórcio		
50-100: 50% de probabilidade de aderir por algum tipo de doença, falta de segurança		
0-50: 50% de probabilidade de aderir por doença, perda de segurança		

ÍNDICE ANUÁRIO DE RESULTADOS DO PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Emocional

Como se sente em relação ao seu sentimento?	SEM	NÃO
Saturação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (se NÃO, especificar)		
Saturação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (se NÃO, especificar)		
Indicar que os sentimentos de cada um são os da família (se NÃO, especificar)	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL

Comunicação Verbal / Não Verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou não se sabe ao certo qual o significado de forma clara e que os outros sabem	SEM	NÃO
Todos na família se expressam claramente quanto ao conteúdo verbal e não verbal, com os outros		

Comunicação Criativa

Saturação dos membros sobre a forma como se comunicam na família	SEM	NÃO
Indicar que tem de família a forma como cada um se comunica		

Coping Familiar

Indicação de Problemas

1. Como se sente em relação ao seu sentimento?	SEM	NÃO
2. Quanto tempo se dedica a lidar com os problemas?		
3. Existe alguma coisa que os problemas na família		
4. Os membros da família sabem se sabem lidar com a família como se lidam com os problemas (se NÃO, especificar)		
5. A família tem ou não recursos externos na resolução de problemas (se NÃO, especificar)		
6. Esperanças anteriores positivas da família na resolução de problemas (se NÃO, especificar)		

Papel Familiar

Adaptado de Figueiredo (2012)
Figueiredo, M. (2012). Modelo Sistêmico de Análise e Intervenção Familiar: Uma abordagem contextualizada em intervenções de Família. Lousã, Portugal.

Intervenções de Papel na Família

1. Quem desempenha o papel protetor?	SEM	NÃO
Comportamento do papel (se NÃO, especificar)		
Condições do papel (se NÃO, especificar)		
Saturação do papel (se NÃO, especificar)		
2. Quem desempenha o papel de gestão financeira?	SEM	NÃO
Comportamento do papel (se NÃO, especificar)		
Condições do papel (se NÃO, especificar)		
Saturação do papel (se NÃO, especificar)		
3. Quem desempenha o papel de cuidado doméstico?	SEM	NÃO
Comportamento do papel (se NÃO, especificar)		
Condições do papel (se NÃO, especificar)		
Saturação do papel (se NÃO, especificar)		
4. Quem desempenha o papel de protetor?	SEM	NÃO
Comportamento do papel (se NÃO, especificar)		
Condições do papel (se NÃO, especificar)		
Saturação do papel (se NÃO, especificar)		

Relação Crítica
Influência e Poder

Quem é o membro com maior poder na família?	SEM	NÃO
Saturação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Indicação de conflitos	SEM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros	SEM	NÃO
Os membros da família sabem se sabem lidar com a família como a família funciona e sua posição		

QUESTÃO ORIENTADORA DA COESÃO E ADAPTAÇÃO DA FAMÍLIA

ÍNDICE D

Verificação Periódica de Coesão e Adaptação da Família (Cachura, 1991)

N.º	Coesão		Adaptação		Somar Sempre (S)
	Quase sempre (1)	Às vezes (2)	Quase nunca (3)	Nunca (4)	
1	Em casa ajustamos uns aos outros quando temos dificuldades				
2	Na minha família, cada um pode expressar livremente a sua opinião				
3	É mais fácil lidar com problemas com pessoas que não são da família do que com membros da família				

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Informação de Família. Lusitânia

33	Mudança de estilo	33
34	Mudança de dietas	34
35	Mudança de atividades religiosas	35
36	Mudança de atividades sociais	36
37	Contrair uma doença crônica	37
38	Mudança nos hábitos de sono	38
39	Mudança no número de irmãos familiares	39
40	Mudança nos hábitos alimentares	40
41	Fitas	41
42	Natal	42
43	Papéis transmitidos à lei	43
TOTAL		
100-100: 100% de probabilidade de aderir por iniciativa própria		
100-500: 50% de probabilidade de aderir por algum tipo de doença física e/ou psicológica		
500-1000: 100% de probabilidade de aderir por doença psicossomática		

DADOS AVULSIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
IM		NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (de NÃO, específico)		
Satisfação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (de NÃO, específico)		
FAVORÁVEL		NÃO FAVORÁVEL
Inquirir que os sentimentos de cada um têm na família (de NÃO FAVORÁVEL, específico)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
IM		NÃO
Todos na família são claros e directos no discurso, no sentido de cada um compreender de forma clara o que os outros dizem.		
Todos na família se expressam claramente quando conversam (verbal e não verbal) com os outros.		
Comunicação Circular		
IM		NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Inquirir que tem na família a forma como cada um se comunica.		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
IM		NÃO
3. Estado discutido sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (de NÃO, específico)		
5. A família resolve a maioria dos problemas através da resolução de problemas (de NÃO, específico)		
6. Esperanças anteriores positivas da família na resolução de problemas (de NÃO, específico)		
Papéis Familiares		

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Informação de Família. Lusitânia

Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Paterno?		
IM		NÃO
Consensus do Papel (de NÃO, específico)		
Confirmação do Papel (de NÃO, específico)		
Satisfação do Papel (de NÃO, específico)		
2. Quem desempenha Papel de Mãe?		
IM		NÃO
Consensus do Papel (de NÃO, específico)		
Confirmação do Papel (de NÃO, específico)		
Satisfação do Papel (de NÃO, específico)		
3. Quem desempenha Papel Conjugado Doméstico?		
IM		NÃO
Consensus do Papel (de NÃO, específico)		
Confirmação do Papel (de NÃO, específico)		
Satisfação do Papel (de NÃO, específico)		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
IM		NÃO
Consensus do Papel (de NÃO, específico)		
Confirmação do Papel (de NÃO, específico)		
Satisfação do Papel (de NÃO, específico)		
5. Quem desempenha Papel de Pai?		
IM		NÃO
Consensus do Papel (de NÃO, específico)		
Confirmação do Papel (de NÃO, específico)		
Satisfação do Papel (de NÃO, específico)		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
IM		NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Odiões		
IM		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 AVULSIVOS DA COESÃO E ADAPTAÇÃO DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Orlita Monteiro Fernandes (Coimbra, 1991)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Muitas Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em caso de problemas os pais ajudam os filhos quando estes têm dificuldades.					
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.					

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Informação de Família. Lusitânia

4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.							
5	Em nossa casa a família sentem-se todos na mesma sã.							
6	Em nossa casa os pais não têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.							
7	Na nossa família discutimos os assuntos em conjunto.							
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.							
9	Na nossa família cada um tem o seu ou o seu sentido próprio.							
10	Os responsabilidades de nossa casa repõem pelas várias elementos da família.							
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.							
12	É difícil saber quem são as normas que regulam a nossa família.							
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião 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 opiniões dos filhos são tidas em conta.							
17	Na nossa família sentimo-nos muito julgados uns aos outros.							
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.							
19	Sentimo-nos mais obrigados 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 a sua responsabilidade.							
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.							
23	Sentimos 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 vivem-se uns aos outros.							
26	Quando os problemas surgem todos fazemos esforços.							
27	Na nossa família aproximamos 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 subscritos têm cotação inversa (-)

Coping familiar	
-----------------	--

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Informação de Família. Lusitânia

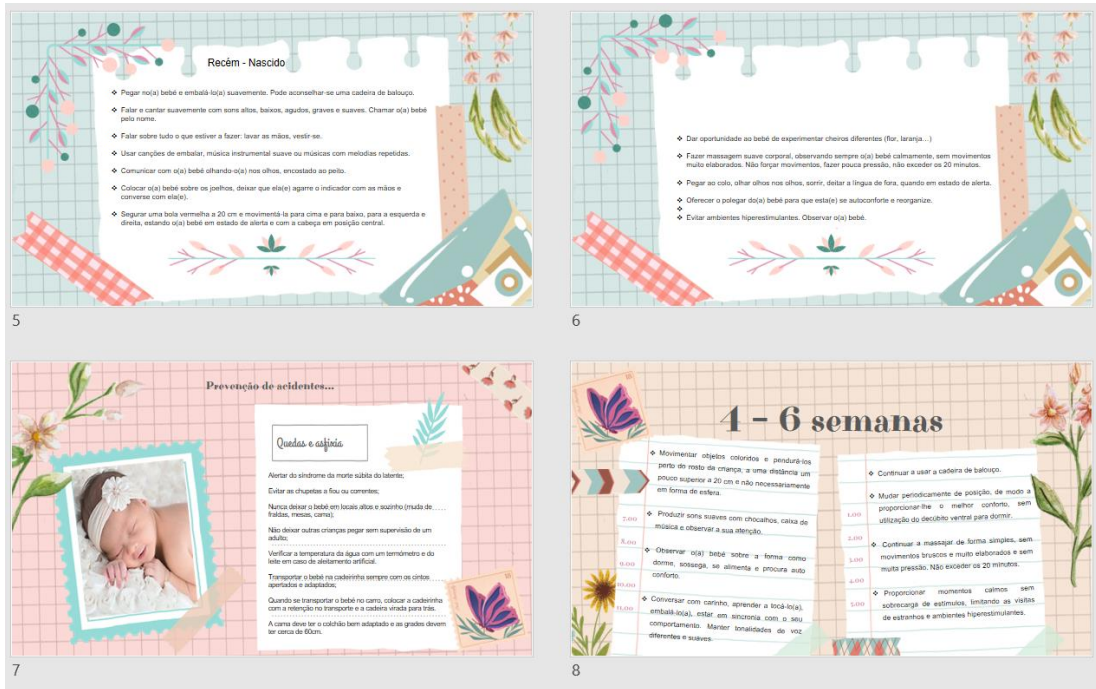
Item	Laços Emocionais	Limites Familiares	Coligação	Tempo	Espaço	Amigos	Devidos	Interiores e Laços	Score
	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	(1) (2) (3) (4) (5)	
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	

Fonte: Adaptado de Fernandes (1991)

Coesão		Adaptabilidade		Tipo de Família (Coesão-Adaptabilidade) (1)	
8	80	8	70	8	Equilibrada
7	75	Muito Igual	65	Muito flexível	
4	70	Igual	60	flexível	4
5	65		55		
6	60	Separada	50	Estruturada	6
3	55		45		
2	50	Desmembrada	40	Rígida	3
1	45		35		

DADOS AVULSIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - PERCEÇÃO DOS MEMBROS			
Apogio Familiar de Imbeciles			
APGAR	Quase sempre (2.pt)	Algumas vezes (1.pt)	Quase nunca (0.pt)
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 consigo a solução de problemas.			
3. Acho que a minha família concordou com o meu desejo de exercer novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua atenção e preocupação pelos meus sentimentos, tais como irritação, ansiedade e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL			
7 x 10	4 x 5		0 x 3

Anexo III – Sessão de educação para a saúde - Parentalidade



Recém - Nascido

- ◆ Pegar no(a) bebé e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de baloiço.
- ◆ Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebé pelo nome.
- ◆ Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- ◆ Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- ◆ Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito.
- ◆ Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ele(a) agarre o indicador com as mãos e converse com ele(a).
- ◆ Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.

- ◆ Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, erva...) .
- ◆ Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouco esforço, não exceder os 20 minutos.
- ◆ Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
- ◆ Oferecer o papagaio do(a) bebé para que este(a) se autoconforte e reorganize.
- ◆ Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebé.

Prevenção de acidentes...

Quedas e asfixia

Alertar do síndrome da morte súbita do lactente.

Evitar as chupetas a fim ou comentes.

Nunca deixar o bebé em locais altos e vazios (muito de fraldas, mesas, corais).

Não deixar outros crianças pegar sem supervisão de um adulto.

Verificar a temperatura da água com um termómetro e do leite em caso de aquecimento artificial.

Transportar o bebé na cadeirinha sempre com os cintos apertados e adaptados.

Quando se transportar o bebé no carro, colocar a cadeirinha com a orientação no transporte e a cadeira virada para trás.

A cama deve ter o colchão bem adaptado e as grades devem ter cerca de 60cm.

4 - 6 semanas

- ◆ Movimentar objectos coloridos e pendurá-los perto do rosto de criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.
- ◆ Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.
- ◆ Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.
- ◆ Conversar com sorriso, aprender a boca-foia, embalar-lo(a), estar em contacto com o seu comportamento. Manter brevidades de voz diferentes e suaves.
- ◆ Continuar a usar a cadeira de baloiço.
- ◆ Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem situações de decubito ventral para dormir.
- ◆ Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.
- ◆ Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estímulos e ambientes hiperestimulantes.

O que faz . . .

Postura e Mobilidade Global

- Em decúbito ventral – levanta a cabeça.
- Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica, membro superior do lado da face em extensão.
- Em tração pelas mãos – a cabeça cai.
- Quando sentado(a) – dobra em arco o membro fechado.
- Em suspensão vertical – cabeça ereta, membros semi-fletidos.

Visão e Mobilidade Fina

Segue uma bola pendente a 20-25 cm em 1/4 de círculo (do lado até à linha média).

Ouvido e Equilíbrio

Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm de ouvido. . .

9

Comportamento e Adaptação Social

- Fixa a face da mãe quando o alimenta.
- Tem sorriso presente às 6 semanas.
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.



10

Sinais de Alarme - 1 Mês

- Ausência de tentativas de controlo da cabeça, na posição sentada(a).
- Apresenta hiperflexibilidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não se mantém em posição de suspensão para o som (voz humana).
- Não se mantém em posição de suspensão por breves períodos.



11

positivo 1 de 39

Prevenção de acidentes...

Quedas, afogamentos e queimaduras solares.

- Reforçar os ensinamentos das primeiras consultas.
- Na espregueadeira prender bem o bebé.
- Travar o carrinho de passeio quando estiver parado.
- Não pendurar sacos nas pegos do carrinho.
- Não descer as escadas com o carrinho.



12

3 meses

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.
- Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebé ao colo. Cantar.
- Mobilizar o(a) bebé, evitando que esteja deitado(a) demasiado tempo e na mesma posição.
 - Procurar levantar (o/a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá (o/a).
- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los.
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

3 meses

Postura e Mobilidade Global One

Em decúbito ventral – apoio nos antebraços.

Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.

Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.

De pé – flete os joelhos, não faz apoio.

Visão e Mobilidade Fina

Mantém mãos abertas – junta as na linha média e brinca com elas.

Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. Segura uma bola pendente 1/4 círculo e horizontal.

Apresenta convergência ocular.

Faz pestanejamento de defesa.

Ouvido e Equilíbrio

Atende e volta os geralmente aos sons. . .

14

Comportamento e Adaptação Social

Sorriso.
Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.



Sinais de Alarme

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobresalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.



16

Vistas de Apresentação Vistas de Modelos Globais Mostrar Zoom Cor/Tons de Cinzento Janela

Prevenção de acidentes...

Café, Quedas e queimaduras esgotamento

- Manter os cuidados no transporte do bebé no carro.
- Não deixar o bebé num local alto sem supervisão
- Manter os cuidados na hora de dormir:
- Alertar a mãe/pai para nunca transportar bebidas quentes enquanto leve a bebé ao colo.
- Verificar sempre a temperatura da água e não ter água superior a um palmo.
- Colocar sempre chapéu quando o passear e evitar as horas de maior calor.
- Oferecer brinquedos grandes e macios que sejam facilmente laváveis.
- Colocar um tapete antiderrapante no fundo da banheira.

6 meses

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas arredondas, de modo a estimular a audição e a visão e a passar o objecto de uma mão para a outra.
- Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais activamente no meio que o rodeia.
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebé.
- Colocar o(a) bebé num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.

- Proporcionar brincadeiras de interacção, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).
- Não entrar em conflito durante a reflexão, que constitui uma oportunidade de interacção sem pressão.
- Ritual do sono reforçado antes de dormir.

6 meses

Visão e Babilónia Global

- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.
- Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos flectidos.
- Em tração pelas mãos faz força para se sentar.
- Mantém-se sentado(a) sem apoio.
- De pé faz apoio.

Visão e Babilónia Fina

- Tem prensão palmar.
- Leva os objectos à boca.
- Transfere objectos.
- Espetece imediatamente o objecto quando este cai.
- Apresente boa convergência (estrabismo anormal).

Audição e Linguagem

- Segue os sons a 45 cm do ouvido.
- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.
- Dá gargalhadas.

Comportamento e Adaptação Social

É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).

Sinais de Alarme - 6 Mês

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagens deves a posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objecto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresente irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante.

Prevenção de acidentes...

Quedas, Café, queimaduras, estrangulamento e esgotamento

Proteja as Tomadas
Use protectores de tomadas. Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-os, bem como as fichas tríplices.

Atenção a Objectos Pequenos
Tenha em atenção objectos pequenos, como os bolões na calca de costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como sacos de plástico que podem sufocar a criança. As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem também intoxicar.

Proteja Fontes de Calor
Certifique-se de que lavadoras, radiadores e outras fontes de aquecimento estejam devidamente protegidos para evitar queimaduras.

Evite Andarilhos
Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça quando o bebé vai para baixo da mesa. Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar a aprendizagem.



...

Anexo IV – Fatores de risco, de agravamento e fatores de proteção avaliados no programa de saúde infantil

Fatores de risco	Fatores de Proteção	Fatores de agravamento
<p><u>Na criança jovem</u></p> <p>Nascimento prematuro/baixo peso</p> <p>Temperamento difícil</p> <p>Filho não desejado</p> <p>Défice físico ou psíquico</p> <p>Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento</p> <p>Problemas comportamentais (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.)</p> <p>Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento).</p> <p>Excessiva dependência ou alheamento</p> <p>Viver em lar ou instituição</p> <p><u>Familiares/contexto de vida</u></p> <p>Cuidadores vítimas de maus tratos em criança</p> <p>Défice de competências parentais</p> <p>Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança</p> <p>Disciplina demasiada rígida e autoritária ou inconsistente</p> <p>História de comportamento violento e/ou antissocial</p> <p>Desajustamento psicossocial/comportamento aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)</p> <p>Relações familiares conflituosas.</p> <p>Inexistência de condições de habitabilidade.</p> <p>Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários.</p> <p>Ausência de suporte socio familiar</p> <p>Ausência prolongada de um dos cuidadores.</p> <p>Família disfuncional</p> <p>Insegurança económica/pobreza.</p>	<p><u>Na criança/ jovem</u></p> <p>Bom nível de desenvolvimento global.</p> <p>Temperamento fácil.</p> <p>Vinculação segura à família/adulto de referência.</p> <p>Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário.</p> <p>Sucesso escolar.</p> <p>Desejo de autonomia e comportamento exploratório.</p> <p>Grupo de pares pró-social.</p> <p><u>Familiares /contexto de vida</u></p> <p>Boas competências parentais.</p> <p>Boa rede de suporte familiar e social.</p> <p>Família organizada, com regras e controle da criança.</p> <p>Boa integração comunitária.</p> <p>Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros).</p> <p>- Segurança económica.</p>	<p>Rotura e reconstituição familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc).</p> <p>Luto</p> <p>Doença súbita grave</p> <p>Início de cuidados a pessoa dependente.</p> <p>Desemprego</p> <p>Migração</p> <p>Alteração brusca da situação laboral/económica</p> <p>Institucionalização</p> <p>Detenção/prisão</p> <p>Desastre natural</p> <p>Conflito armado</p>

Anexo V– Tabela síntese comparativa das quatro famílias estudadas

Dimensão	Família Nobre	Família Cavaleiro	Família Reis	Família Castanheira
Composição	Casal (39 e 37 anos) + 1 filho (RN Duarte)	Casal (39 e 44 anos) + 2 filhos (RN Artur, Afonso 7 anos) + avó materna	Casal (36 e 52 anos) + 2 filhos (RN João, António 10 anos)	Casal (28 e 30 anos) + 2 filhos (RN Orlando, Otávia 9 anos)
Tipo de família	Nuclear	Nuclear alargada (avó coabitante)	Nuclear	Nuclear
Subsistemas	Conjugal + Parental	Conjugal + Parental + Intergeracional	Conjugal + Parental	Conjugal + Parental
Rede de suporte	Avós maternos muito presentes; vínculo à USF e Igreja	Forte presença da avó materna; vínculo à USF e Igreja; rede social reduzida	Avó materna presente; rede moderada (trabalho e USF)	Avós maternos ativos no cuidado da filha mais velha; rede social pequena
Classe social (Graffar)	Média	Média	Média	Média
Habitação	Moradia própria, segura, com boas condições	Moradia própria, segura, com boas condições	Moradia própria, segura, com boas condições	Moradia própria, segura, com boas condições
Ciclo vital (Relvas, 1996)	Família com filhos pequenos	Família com filhos em idade escolar	Família com filhos em idade escolar	Família com filhos em idade escolar
Papel parental	Inicialmente inseguro; dúvidas sobre cuidados ao RN	Experiência acumulada, mas dúvidas sobre estimulação e segurança	Mãe com boas competências; ambos pedem apoio em estimulação cognitiva	Mãe com bons conhecimentos; dúvidas sobre estimulação do RN e integração do pai
Forças	Boa comunicação conjugal; rede intergeracional próxima; partilha de tarefas	Suporte da avó; proatividade do pai nas sessões; participação	Suporte da avó; coesão conjugal; valorização do filho mais velho	Retorno do pai fortaleceu vínculo; suporte dos avós; proximidade


		do filho mais velho		afetiva da filha mais velha
Vulnerabilidades	Insegurança parental inicial; rede social reduzida	Sobrecarga materna pela ausência laboral do pai; isolamento social	Diferença etária conjugal; ausência do pai em algumas consultas	Reintegração paterna após ausência prolongada; não participação em grupo
Diagnóstico inicial	Papel Parental Não Eficaz	Papel Parental Não Eficaz	Papel Parental Não Eficaz	Papel Parental Não Eficaz
Resultados finais	Evolução para Papel Parental Eficaz; vínculo afetivo fortalecido	Evolução para Papel Parental Eficaz; inclusão do filho mais velho no processo	Evolução para Papel Parental Eficaz; capacitação materna reforçada	Evolução para Papel Parental Eficaz; maior integração do pai nos cuidados

Anexo VI – Formação em Serviço – Saúde Familiar

Saúde Familiar

OBJETIVOS:

- Avaliar a família tendo em conta a família como alvo de cuidados nos diferentes contextos;
- Cuidar o indivíduo/família nas transições normativas e acidentais decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Conhecer as forças da família;
- Negociar com as famílias um contrato de saúde;
- Uniformizar os registos de enfermagem no SCLINICO




Saúde Familiar

Resumo de conteúdos para 10.º Percurso
Diploma de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar
2018



saúde Familiar

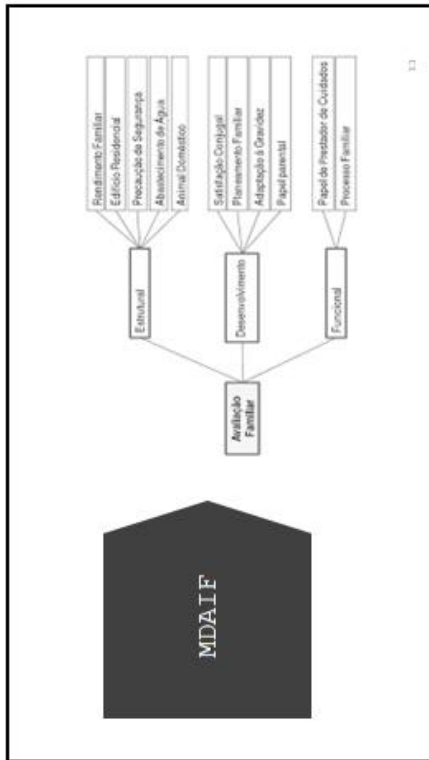
- É um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar: (Hanson,2005)
- Em 2000, na Declaração de Munique foi criado o conceito de enfermeiro de família;
- Com este programa dá-se uma evolução na Enfermagem de Família e na meta 15 é realçado a importância da saúde familiar no contexto dos cuidados de saúde primários.



Família

- Não existe uma definição clara nem unânime para esta palavra, cada um de nós atribui um significado diferente à palavra;
- Reivas e Alarcão (2002) definiram família como um sistema vivo e aberto composto por vários elementos com laços entre si;
- International Council of Nurses (ICN) define a família como um grupo, uma unidade funcional ou todo coletivo, composto por pessoas unidas por consangüinidade, afinidade com relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes (ICN,2015).



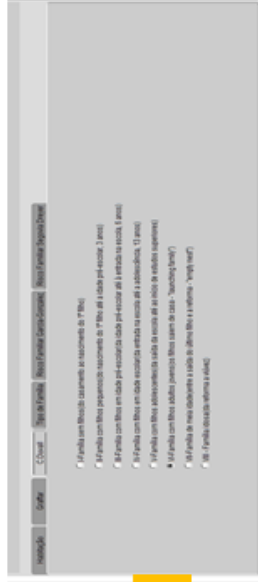


Saúde Familiar - Processo Familiar

Saúde Familiar

Saúde Familiar

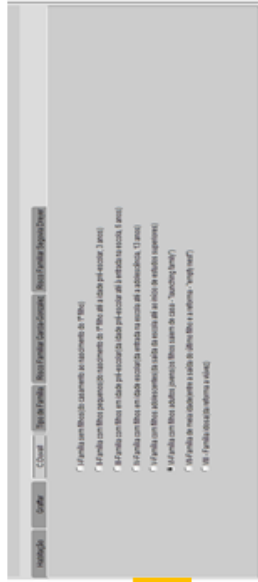
Saúde Familiar



Quais os possíveis ganhos?!!

18

Saúde Familiar



Quais os possíveis ganhos?!!

17

Saúde Familiar



Quais os possíveis ganhos?!!

20

Saúde Familiar

<input type="checkbox"/> Família com filhos (carreira de sucesso de 70%) <input type="checkbox"/> Família com filhos (parceiros sucessivos de 70% até o 3º filho por esposa 3 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos em idade escolar (idade por esposa até a adolescência, 12 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos em idade escolar (idade por esposa até a adolescência, 12 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos (educação até o ensino médio de todos os filhos de ambos os pais) <input type="checkbox"/> Família com filhos adultos (parceiros livres para se casar - "working wife") <input type="checkbox"/> Família de novo (divórcio 1 ano de divórcio 1 ano de novo "working wife") <input type="checkbox"/> Família de novo (divórcio 1 ano de divórcio 1 ano de novo "working wife")	<p>1. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>2. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>3. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>4. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>5. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>6. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>7. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>8. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>9. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p> <p>10. Benefícios de uma carreira bem-sucedida (70%)</p>
--	--

19

Saúde Familiar



Quais os possíveis ganhos?!!!

23

Saúde Familiar



Quais os possíveis ganhos?!!!

22

Saúde Familiar



Saúde Familiar



24

Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados

The screenshot shows a software window titled 'Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados'. On the left, there is a list of services with checkboxes: 'Atendimento', 'Exames', 'Medicamentos', 'Exames de sangue', 'Exames de urina', 'Exames de fezes', 'Exames de imagem', 'Exames de audição', 'Exames de visão', 'Exames de respiração', 'Exames de circulação sanguínea e sistema linfático', 'Exames de pele', and 'Exames de outros'. On the right, there is a table with columns for 'Data' and 'Hora'. The table is currently empty.

24

Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados

The screenshot shows a software window titled 'Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados'. On the left, there is a list of services with checkboxes: 'Atendimento', 'Exames', 'Medicamentos', 'Exames de sangue', 'Exames de urina', 'Exames de fezes', 'Exames de imagem', 'Exames de audição', 'Exames de visão', 'Exames de respiração', 'Exames de circulação sanguínea e sistema linfático', 'Exames de pele', and 'Exames de outros'. On the right, there is a table with columns for 'Data' and 'Hora'. The table is currently empty.

25

Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados

The screenshot shows a software window titled 'Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados'. On the left, there is a list of services with checkboxes: 'Atendimento', 'Exames', 'Medicamentos', 'Exames de sangue', 'Exames de urina', 'Exames de fezes', 'Exames de imagem', 'Exames de audição', 'Exames de visão', 'Exames de respiração', 'Exames de circulação sanguínea e sistema linfático', 'Exames de pele', and 'Exames de outros'. On the right, there is a table with columns for 'Data' and 'Hora'. The table is currently empty.

26

Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados

The screenshot shows a software window titled 'Saúde Familiar- Papel Prestadores Cuidados'. On the left, there is a list of services with checkboxes: 'Atendimento', 'Exames', 'Medicamentos', 'Exames de sangue', 'Exames de urina', 'Exames de fezes', 'Exames de imagem', 'Exames de audição', 'Exames de visão', 'Exames de respiração', 'Exames de circulação sanguínea e sistema linfático', 'Exames de pele', and 'Exames de outros'. On the right, there is a table with columns for 'Data' and 'Hora'. The table is currently empty.

27

Saúde Familiar - papel prestador de cuidados INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



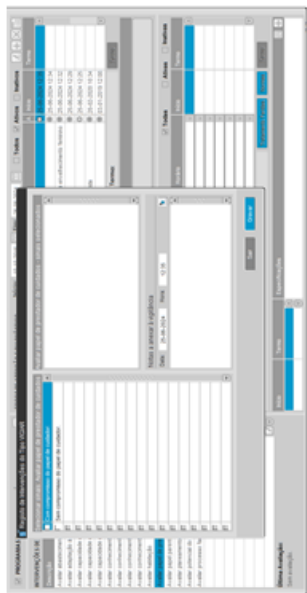
34

Saúde Familiar - PROCESSO FAMILIAR



34

Saúde Familiar - Papel Prestadores Cuidados



35

Saúde Familiar - papel prestador de cuidados INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



35

Saúde Familiar- Processo Familiar- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Colocar intervenções

Intervenções sugeridas para o diagnóstico	Início	Fim	Ativa	Interv.
Ativar a família e identificar estratégias de coping eficazes		01/07/2024 13:41		
Ativar processo familiar				
Reforçar o apoio / suporte da família				
Reforçar o envolvimento da família				
Registar o processo familiar				
Orientar para a terapia familiar				
Oferecer comunicação				

31

VAMOS PRATICAR...

- Primeira consulta de saúde materna (8 semanas), vem com o companheiro.
 - Referem que alugaram casa e estão em mudanças... vão viver juntos no início do mês.
- Que informação precisamos reunir para que esta nova família consiga ultrapassar esta nova etapa/transição de forma mais positiva possível???

32

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE	Intervenção de Diagnóstico	Ativa
Avaliar adaptação à gravidez		
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)		
Avaliar capacidade da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)		
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)		
Avaliar conhecimento da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)		
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta		
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes		
Avaliar habitação		
Avaliar papel de prestador de cuidados		
Avaliar papel parental		
Avaliar planeamento familiar		
Avaliar planeamento do prestador para tomar conta		
Avaliar processo familiar		

33

ENFERMEIRO DE FAMILIA

PROGRAMA SAÚDE FAMILIAR

PROGRAMA SAÚDE FAMILIAR	Ativa
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)	
Avaliar capacidade da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)	
Avaliar conhecimento da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
Avaliar habitação	
Avaliar papel de prestador de cuidados	
Avaliar papel parental	
Avaliar planeamento familiar	
Avaliar planeamento do prestador para tomar conta	
Avaliar processo familiar	

PROGRAMA SAÚDE MATERNA

PROGRAMA SAÚDE MATERNA	Ativa
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)	
Avaliar capacidade da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta (mãe)	
Avaliar conhecimento da mãe (pai) do pai para tomar conta (mãe)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
Avaliar habitação	
Avaliar papel de prestador de cuidados	
Avaliar papel parental	
Avaliar planeamento familiar	
Avaliar planeamento do prestador para tomar conta	
Avaliar processo familiar	

34

VAMOS PRATICAR...

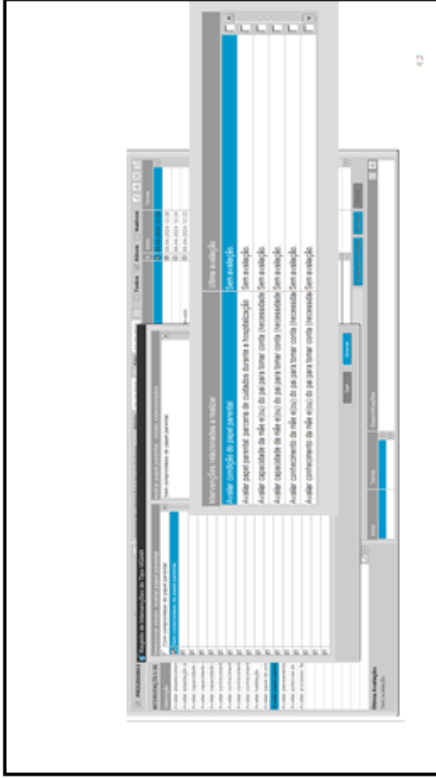
- Já nasceu e agora
- Que informação precisamos reunir para que esta nova família consiga ultrapassar esta nova etapa/transição de forma mais positiva possível???

41

Saúde de Família - para pensar

- NÃO HÁ FORMA DE CONSTRUIR O Genograma e ECOMAPA no SCLINICO:
 - ENTÃO COMO REGISTRAR??!!!
- QUE GANHOS EM SAUDE FODEMOS TER?
- ONDE VERIFICAR ESSES DADOS

41



42

