

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

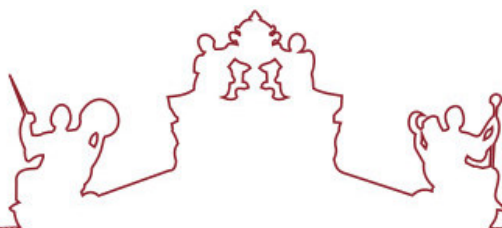
A Parentalidade na Prematuridade - O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Miguel Alexandre Carriço Borrego

Orientador(es) | Joana Rita Pimenta Nobre

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

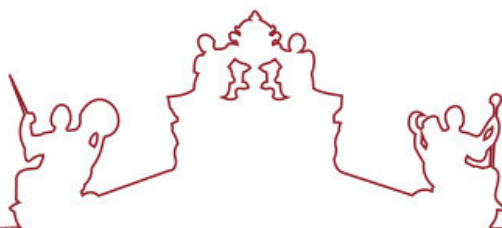
A Parentalidade na Prematuridade - O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Miguel Alexandre Carriço Borrego

Orientador(es) | Joana Rita Pimenta Nobre

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Joana Rita Pimenta Nobre (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Jorge Miguel Olho Azul do Rosário (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Laurência Gemitto (Universidade de Évora) (Arguente)

ÍNDICE

RESUMO	7
ABSTRACT	8
AGRADECIMENTOS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
Abreviaturas e Síglas	12
INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	16
1.1. FAMÍLIA	16
1.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	17
1.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	18
1.4. O MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	18
1.5. A PREMATURIDADE.....	19
1.6. TEORIA DA INCERTEZA DE MISHEL.....	20
1.7. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS	21
2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	23
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE.....	23
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF.....	25
2.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais	25
2.2.2. Estrutura Orgânica e Funcional	25
2.2.3. Breve caracterização dos utentes da USF	26
2.2.4. Carteira Básica de Serviços da USF	27
2.2.5. Carteira Adicional de Serviços da USF	28
3. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	30
3.1. METODOLOGIA.....	30

3.2. OBJETIVOS	37
3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
3.4. ESTUDO DE CASO DA FAMÍLIA C	39
3.4.1. Avaliação Inicial	39
3.4.1.1. Avaliação Estrutural	39
3.4.1.2. Avaliação do Desenvolvimento	43
3.4.1.3. Avaliação Funcional	45
3.4.1.4. Avaliação da Sobrecarga do Cuidador	48
3.4.2. Diagnóstico, Planeamento e Implementação	49
3.4.3. Avaliação Final	52
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E/OU DESENVOLVIDAS	53
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	53
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	57
4.3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE	61
CONCLUSÃO	64
APÊNDICE	73
Apêndice A - Guião de entrevista semi estruturada e aplicação de instrumentos de avaliação familiar	74
Apêndice B - Declaração de consentimento informado para participação no estudo de caso	81
ANEXOS	84
Anexo A – Esquema ramificado do modelo Calgary de avaliação familiar	85
Anexo B - Avaliação da sobrecarga do cuidador – Escala de Zarit	87
Anexo C - Tabela - Escala de Faces II Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II	90
Anexo D – Escala de Graffar Adaptada	94

Anexo E – Escalas de Barthel	98
Anexo F – Avaliação das AVD's da família C segundo o modelo de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney	105
Anexo G – APGAR Familiar de Smilkstein.....	111

RESUMO

A prematuridade constitui-se como um desafio por representar um evento inesperado que altera profundamente o curso habitual da parentalidade. O nascimento antes do termo expõe o recém-nascido a vulnerabilidades clínicas e coloca a família perante exigências emocionais e adaptativas acrescidas, frequentemente geradoras de stress e incerteza. O objetivo do relatório de estágio apresentado foi evidenciar a aquisição de competências de Mestre e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com ênfase na parentalidade na prematuridade. Metodologicamente realizou-se um estudo de caso, integrado no processo científico de enfermagem e sustentado no Modelo Calgary, na Teoria da Incerteza e na Teoria das Transições. Os resultados evidenciaram a melhoria da perceção das competências parentais e o fortalecimento do funcionamento familiar, através de intervenções de enfermagem centradas na capacitação da família, na promoção do empoderamento parental e no reforço das estratégias de coping. Estes resultados sublinham a relevância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Empoderamento; Parentalidade; Prematuridade, Família.

Parenthood in the Context of Prematurity: The Role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing

ABSTRACT

Prematurity poses a challenge because it is an unexpected event that profoundly alters the usual course of parenthood. Birth before term exposes the newborn to clinical vulnerabilities and places the family under increased emotional and adaptive demands, which often lead to stress and uncertainty. The objective of the internship report presented was to demonstrate the acquisition of Master's-level competencies and the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing, with an emphasis on parenting in the context of prematurity. Methodologically, a case study was conducted, integrated into the scientific nursing process and supported by the Calgary Model, Uncertainty Theory, and Transition Theory. The results demonstrated an improvement in the perception of parenting skills and the strengthening of family functioning through nursing interventions focused on family capacity-building, the promotion of parental empowerment, and the reinforcement of coping strategies. These results underscore the relevance of the role of the Specialist Nurse in Family Health Nursing.

Keywords: Family health nursing; Empowerment; Parenting; Prematurity; Family.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dr^a Joana Nobre por toda ajuda e suporte ao longo destes meses, foi um exemplo de trabalho e dedicação que foi para mim uma inspiração e um modelo a seguir, fico-lhe para sempre agradecido por todos os incentivos e por nunca me ter deixado cair.

À minha enfermeira orientadora, Enfermeira Especialista Adriana Carvalho pela compreensão de todos os momentos, pela empatia e pela amizade que criamos, obrigado pelos ensinamentos e pela visão tão humana com que veste a bata e trata dos “seus utentes”.

Aos colegas e que ficaram amigos, obrigado pelos momentos de partilha e risos vividos ao longo desta jornada.

Às que mais perderam, peço desculpa pelas horas de ausência, pelos momentos de cansaço e pela falta de presença, são vocês que me motivam em todos os momentos e me fazem ver tudo com mais clareza, Adoro-vos muito Princesas!

À minha melhor escolha de sempre, a minha Clara, que me dá suporte, me incentiva e nunca me deixa abalar, mostrando-me sempre que podemos sempre mais, sou eternamente grato como sou apaixonado, este percurso é tão nosso.

Aos meus Pais que iniciaram este percurso há muitos anos atrás quando decidi ser Enfermeiro, obrigado por ainda serem suporte.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição etária da população residente no concelho onde de realizam os estágios.....	24
Figura 2 – Circuito de utentes na USF.....	26
Figura 3 – Piramide etária da USF.....	27
Figura 4 – Genograma da Família C.....	40
Figura 5 – Ecomapa da Família C ..	42
Figura 6 – Psicofigura de Mitchell da Família C ..	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População residente em 2011 e 2021, de acordo com os censos	24
Tabela 2 - Plano de cuidados, Foco I.....	50
Tabela 3 - Plano de cuidados, Foco II.....	51
Tabela 4 - Plano de cuidados, Foco III.....	51

Abreviaturas e Síglas

- ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde
APA – American Psychological Association
AVD's – Atividades de Vida Diárias
CIPE ® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECESF – Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar
EE – Enfermeiro Especialista
EECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
ICN – Conselho Internacional dos Enfermeiros
IB – Índice de Barthel
INE – Instituto Nacional de Estatística
MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar
MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidade Funcionais
OE – Ordem dos Enfermeiros
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
UC – Unidade Curricular
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UP'S – Unidades Ponderadas
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório insere-se no âmbito da conclusão do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em associação, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora, em resposta à Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

O primeiro estágio decorreu no período de 22 de abril e 20 junho de 2025 e o segundo de 15 de setembro de 2025 a 30 de janeiro 2026. Os dois estágios curriculares decorreram na mesma Unidade Funcional, uma Unidade de Saúde Familiar da região Alentejo.

As Unidades de Saúde Familiar, são unidades de prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP), individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais, com qualificação profissional e formação avançada. O seu programa baseia-se na prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, privilegiando a estrutura familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017).

A enfermagem, enquanto disciplina científica e profissão de natureza relacional, assume um papel central na promoção da saúde e no acompanhamento das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital. Nos Cuidados de Saúde Primários, a intervenção do enfermeiro de família destaca-se pela sua proximidade, continuidade e abordagem centrada no sistema familiar, permitindo uma compreensão integrada das necessidades de saúde e das dinâmicas que influenciam o bem-estar dos seus membros (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2009).

A Enfermagem de Saúde Familiar tem sido alvo de uma evolução constante, marcada pelo reconhecimento do seu papel no que respeita ao cuidado dirigido às famílias. Baseada nos vários modelos e teorias existentes, a intervenção do enfermeiro de família assenta num conjunto de pressupostos científicos e filosóficos que permitem aplicar na prática profissional o seu saber através da recolha de dados e do planeamento das suas intervenções, vendo a pessoa em todas as suas dimensões de forma a proporcionar-lhe cuidados humanizados e de excelência.

Neste contexto, a família constitui-se como a unidade básica de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo esta alvo do seu processo de Cuidar. Considera-se o Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar (ECESF), o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado

da família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 367/2015, 19 de junho).

A capacidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar de adaptação às diferentes transições e necessidades identificadas ao longo do ciclo vital, possibilitada pelos vastos conhecimentos com base na evidência que possui, faz com que assumam particular relevância na prestação de cuidados diferenciados, nomeadamente em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso da prematuridade.

O nascimento de uma criança prematura representa um acontecimento marcante para a família, que exige processos de adaptação complexos e, muitas vezes, geradores de stress e incerteza. Para além das implicações clínicas a curto prazo, a prematuridade pode trazer repercussões no desenvolvimento da criança e na dinâmica familiar a longo prazo, tornando essencial o acompanhamento contínuo e diferenciado por parte dos profissionais de saúde (Antunes et al., 2021).

Assim pode considerar-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assume um papel fulcral na capacitação das famílias, na gestão de situações complexas ligadas à prematuridade, promovendo o empoderamento parental, a adaptação à parentalidade e a construção de contextos familiares seguros e promotores de desenvolvimento saudável. A intervenção de enfermagem, sustentada em modelos teóricos como o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria das Transições de Meleis, permite uma abordagem sistemática e centrada nas necessidades reais da família (Wright & Leahey, 2009; Meleis, 2010).

O presente relatório tem como foco a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar junto das famílias, no que respeita à parentalidade na prematuridade. A escolha desta temática teve por base o aumento desta problemática e a necessidade de desenvolver intervenções estruturadas e baseadas na evidência, que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados às famílias com crianças prematuras.

Como tal, definiu-se como objetivo geral deste relatório demonstrar o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com especial enfoque na prestação de cuidados a famílias com crianças prematuras.

Atendendo à importância do papel e da atuação deste profissional na avaliação e intervenção junto das famílias, privilegiou-se a promoção do empoderamento da parentalidade na prematuridade, contribuindo para o seu bem-estar e para a melhoria do seu funcionamento familiar.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro partes principais: a primeira é constituída pelo enquadramento teórico e conceptual, onde são abordados os principais conceitos e modelos que sustentam a intervenção; a segunda parte descreve o contexto da

prática clínica; na terceira parte consta a avaliação e a intervenção realizada junto da família em estudo; e, por fim, a quarta parte que integra a análise crítica das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

Na elaboração deste relatório, foram cumpridas normas para a elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde São João de Deus da Universidade de Évora, bem como utilizadas as normas da American Psychological Association [APA] 7.^a edição para a referência bibliográfica. Este documento foi produzido em conformidade com o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O percurso que este relatório de estágio procura evidenciar foi sustentado por um conjunto de conceitos estruturantes e por modelos teóricos de referência, cuja compreensão aprofundada se revela essencial para a análise crítica das práticas desenvolvidas. A construção deste enquadramento teórico e conceptual não constitui apenas um exercício descritivo, representa, também, um processo de fundamentação científica que permite clarificar as opções metodológicas, orientar a tomada de decisão clínica e conferir coerência ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. Assim, o presente capítulo dedica-se à contextualização teórica dos principais contributos que alicerçam a prática refletida, integrando perspetivas disciplinares, modelos de cuidados e conceitos centrais que orientaram a intervenção ao longo do estágio.

1.1. FAMÍLIA

Existem inúmeras definições de família, resultantes das diferentes ciências que a estudam, tais como antropologia, psicologia, sociologia e economia. Tal como é referido por Gimeno (2003), o conceito de família é heterogéneo, divergindo ao longo do tempo e nas diferentes culturas, traduzidos em diversos modelos familiares.

Segundo Hanson (2005, p.6), “(...) família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos”. É de considerar que, apesar do conceito abarcar uma variedade de famílias, não inclui uma realidade crescente da sociedade atual: as famílias unipessoais. Wright & Leahey (2009) defendem, que sobretudo interessa saber e respeitar que família, é quem a pessoa diz que é, o que abrange todo o tipo de família e universaliza o cuidado às mesmas.

Cada família tem a sua identidade e unicidade, não sendo possível descrevê-la apenas com base nos elementos que a constituem. Organiza-se numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada membro, bem como as expectativas sociais, o que significa que a forma específica e particular como cada família se posiciona é efetivamente única, pelo que “(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal” (Relvas, 2004, p. 14). A “família é entendida como um todo, fazendo

também ela parte de contextos mais vastos nos quais se integra. Ela é simultaneamente um todo e uma parte” (Moreira, 2006, p. 22).

Minuchin & Fishman (1990), referem que a família pode ser definida como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros que a constituem, considerando-a como um sistema que opera através de padrões transacionais. Logo, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo estes ser definidos pela geração, interesses ou função, havendo diferentes níveis de poder e onde os comportamentos de um membro têm influência no dos outros (Vara, 1996). Relativamente ao tema do poder e da família, Foucault examinou a natureza do poder e como ele opera na sociedade, particularmente em relação à maneira como a família atua como dispositivo de disciplina e controle social na medida em que as normas e práticas são interiorizadas e mantidas por meio de mecanismos de poder e controle, moldando as identidades, comportamentos e relações sociais de cada um dos membros (Brígido, 2013).

Butler, refere-se às concepções tradicionais de género e identidade, argumentando que a identidade de género não é um dado natural ou essencial, mas sim uma performance e uma construção social, que são reforçadas dentro das estruturas familiares (Mambrol, 2018).

Estes conceitos são estruturantes na avaliação familiar necessária à prática de enfermagem de saúde familiar.

1.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O conceito de enfermagem familiar tem evoluído ao longo dos anos, acompanhando o desenvolvimento de modelos conceituais de enfermagem que consideram a família como uma unidade de cuidados (Figueiredo et al., 2023).

Para Figueiredo (2012, p.3) “A enfermagem de família é entendida como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico”.

Na década de 90 do século XX, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) admitiu a importância do desenvolvimento de programas de saúde familiar que incluíssem o enfermeiro de saúde familiar, advertindo da demanda da regulação das práticas. Assim, foram estabelecidas um conjunto de áreas essenciais para o desenvolvimento de competências relacionadas aos cuidados de enfermagem à família, pelo ICN, nomeadamente os cuidados centrados na família, a promoção da saúde e prevenção da doença, a avaliação e intervenção familiar, a comunicação terapêutica, a gestão de transições familiares, o empoderamento da família e o trabalho colaborativo interdisciplinar (Figueiredo et al., 2023).

No contexto português, a década de 90 foi marcada pela progressiva reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através da introdução de modelos assistenciais orientados para uma abordagem mais integrada e centrada na família, através da

consolidação dos centros de saúde enquanto unidades de proximidade e da prática em equipa multiprofissional (Melo, 2020). Em simultâneo, verificou-se a incorporação de referenciais teóricos da enfermagem de família, como o Modelo Calgary, que vieram possibilitar uma abordagem sistémica da família enquanto unidade de cuidados (Wright & Leahey, 2009).

Esta evolução enquadra-se no desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Comunitária, caracterizada pela integração de conhecimentos ao nível da saúde pública e pela valorização do contexto familiar e social na tomada de decisão clínica, possibilitando uma intervenção mais ajustada às necessidades da população (Melo, 2020).

1.3. ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Enfermeiro de família “é 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.” (Decreto-Lei n.º 118/2014).

Segundo Figueiredo & Martins (2010) “(...) o enfermeiro tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família.”

No contexto português, a figura do enfermeiro de família foi introduzida pela primeira vez na legislação nacional através do Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, na qual foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família. No sentido evolutivo de políticas de saúde, o Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, relativo às USF “explicita que os enfermeiros que integram as equipas terão de ser detentores do título especialista em enfermagem de saúde familiar” (Figueiredo et al., 2023, p. 54).

1.4. O MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) é o modelo que se encontra reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, através da tomada de posição 01/2023 da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – referencial em Enfermagem de Saúde Familiar, sendo o preconizado para a prática clínica.

O MCAIF realiza uma avaliação do funcionamento e da dinâmica familiar, considerando três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Este modelo guia a prática de enfermagem ao avaliar a família, e tem em conta as atividades profissionais, as crenças, os relacionamentos entre os indivíduos e as experiências vivenciadas num determinado momento (Wright & Leahey, 2009).

A avaliação estrutural da família possibilita examinar a composição, as interações entre os seus membros e com outros subsistemas ou sistemas mais amplos, além dos aspetos relacionados com o contexto externo. Essa dimensão analisa a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto (Wright & Leahey, 2009).

A avaliação de desenvolvimento pretende reconhecer o desenvolvimento do ciclo vital da família, de acordo com o estadió, as tarefas e os vínculos. Cada família tem a sua própria cadência de desenvolvimento, influenciada pelo seu contexto passado e presente tal com pelas suas aspirações futuras (Wright & Leahey, 2009).

A dimensão funcional avalia o comportamento entre os indivíduos. Esta dimensão contém duas subcategorias: a instrumental e a expressiva. O funcionamento instrumental é o que diz respeito à realização das atividades de vida diárias. O expressivo envolve nove subcategorias, que englobam a comunicação em todas as suas vertentes, emocional, verbal e não verbal e circular, a solução de problemas, os papéis, a influência e poder, as crenças e as alianças e uniões (Wright & Leahey, 2009).

O MCAIF fornece uma visão holística da família, proporcionando aos profissionais a identificação de problemas, forças e necessidade de intervenção. A avaliação realizada deve abranger o máximo de elementos possíveis. Terminada a avaliação, o binómio enfermeiro-família deve determinar quais os possíveis diagnósticos e a necessidade de intervenção, sendo o plano de cuidados decidido em conjunto (Wright & Leahey, 2009).

O Modelo Calgary de Intervenção na família preconiza uma abordagem sistémica no cuidado à família, baseado nas forças e orientado para a resiliência, coloca ênfase na posição de complementaridade do enfermeiro em relação à saúde da família e simultaneamente dos seus membros. Os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro de família resultam da abordagem dirigida aos níveis afetivo, cognitivo e comportamental do sistema familiar.

1.5. A PREMATURIDADE

A prematuridade, definida como o nascimento antes das 37 semanas completas de gestação, representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal e infantil a nível global (OMS, 2023). As crianças prematuras, para além das complicações associadas ao nascimento pré-termo, têm um risco acrescido de atraso no desenvolvimento, dificuldades respiratórias, infeções recorrentes, assim como outras patologias crónicas.

Para o núcleo familiar, o nascimento de um bebé prematuro é um acontecimento inesperado, desestabilizador e emocionalmente exigente, que traz implicações a curto, mas também longo prazo, para além de que implica profundas alterações não só na dinâmica familiar, mas também na sua estrutura e funcionamento.

Relvas (2004) refere que a fase do ciclo vital familiar com filhos pequenos é já, por si, uma etapa de reorganização e redefinição de papéis. No caso da prematuridade, essa reorganização torna-se mais exigente e prolongada, uma vez que os cuidados prestados à criança são mais complexos, frequentes e exigem um maior nível de vigilância e competências.

A prematuridade é marcada por um conjunto de necessidades e potenciais consequências que variam ao longo do tempo. No período neonatal e a curto prazo, os recém-nascidos pré-termo apresentam maior vulnerabilidade clínica, sendo mais comum a existência de problemas respiratórios, instabilidade hemodinâmica, défices nutricionais e maior suscetibilidade a infeções, o que exige cuidados mais especializados e vigilância contínua. Paralelamente, a prematuridade constitui um fator de stress significativo para a família, com impacto na adaptação ao papel parental (Antunes et al., 2021).

A longo prazo, as consequências da prematuridade podem manifestar-se sobretudo ao nível do neurodesenvolvimento, comportamento e adaptação social, sendo frequente a associação a dificuldades cognitivas, de linguagem, motoras e emocionais, assim como a problemas de aprendizagem e desempenho escolar. Estas alterações podem persistir até à adolescência e idade adulta, embora se verifique que grande parte das crianças apresentam percursos de desenvolvimento favoráveis, principalmente quando existem fatores protetores associados ao contexto familiar (Antunes et al., 2021).

1.6. TEORIA DA INCERTEZA DE MISHEL

A teoria da incerteza na doença, proposta por Merle Mishel, mostra a forma como os indivíduos percebem e lidam com situações relacionadas com condições de saúde quando estas são imprevisíveis. Com base nesta teoria, verifica-se que a incerteza se evidencia quando a pessoa não consegue dar significado a acontecimentos que estejam relacionados com a doença, seja por falta de informação clara, por imprevisibilidade da evolução clínica ou devido à complexidade do contexto que está a vivenciar (Mishel, 1988).

Especificamente no que respeita às famílias de crianças prematuras, esta incerteza é normalmente associada ao prognóstico do recém-nascido prematuro, às possíveis complicações de saúde associadas à prematuridade e à difícil experiência emocional provocada pela necessidade da hospitalização prolongada. Nestes casos, esta incerteza pode gerar sentimentos de desorganização, ansiedade e também de impotência. Neste contexto, o papel do enfermeiro de família, torna-se relevante na gestão desta incerteza, ao fornecer informação acessível e compreensível, ao permitir a tomada de decisão partilhada com conhecimento prévio e ao dar suporte emocional os cuidadores sempre que necessário (Mishel, 1988).

1.7. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

A teoria das transições, desenvolvida por Afaf Meleis, evidencia os processos de mudança que afetam as pessoas ao longo da vida, como resposta a acontecimentos significativos, tais como, situações de doença, mudanças de papéis, experiências emocionais ou diferentes contextos de vida.

Segundo a autora, as transições correspondem a processos complexos que implicam alterações nos papéis, nas relações e nas condições de vida, exigindo adaptação progressiva às novas realidades. Estas transições podem ser de natureza desenvolvimental, situacional, de saúde-doença ou organizacional, podendo mesmo ocorrer de forma simultânea e interdependente (Meleis, 2010).

Cada transição pode ser vivida de forma saudável ou por outro lado, de uma forma considerada disfuncional, sendo que a forma como cada uma é encarada está intimamente relacionada com vários fatores que podem facilitar ou dificultar o processo adaptativo, tais como o apoio recebido, a preparação para a mudança, o próprio contexto cultural e até os significados que são atribuídos à própria experiência (Meleis et al., 2000). Neste sentido, e tal como defende Meleis, a intervenção de enfermagem assume um papel central na promoção de transições saudáveis, através do apoio à aquisição de competências, da facilitação de estratégias de coping e do reforço da capacidade de adaptação, o que contribui para o bem-estar e funcionalidade dos indivíduos e famílias (Meleis, 2010).

Relativamente à transição vivida por pais de bebés prematuros (transição desenvolvimental associada à parentalidade e transição situacional decorrente do carácter inesperado da prematuridade), esta inclui não só a adaptação ao papel parental assumido num contexto diferente e que não era o esperado, como também a reorganização da estrutura familiar, as alterações ocorridas nas rotinas diárias da família e a própria redefinição de expectativas. A intervenção do enfermeiro de família deve ser direcionada com vista a possibilitar a existência de uma transição saudável, através da promoção do empoderamento dos pais, identificando corretamente e de forma atempada os sinais de dificuldade na adaptação, mobilizando depois os recursos de apoio existentes dentro e fora da família com o intuito de colmatar essas mesmas dificuldades (Meleis et al., 2000).

A experiência da prematuridade representa, para a família, um evento profundamente destabilizador, marcado por incerteza, medo, sensação de incapacidade e exigência de adaptação constante. Tal como descrito por Villa et al. (2019), o nascimento de um bebé prematuro implica não só desafios clínicos para a criança, como também um impacto psicológico relevante para os pais, que enfrentam sentimentos de impotência, ansiedade e

stress prolongado. Neste contexto, podem ser convocadas a Teoria da Incerteza de Mishel e a Teoria das Transições de Meleis, já que ambas oferecem uma base conceptual útil para compreender os processos vividos pelas famílias. A Teoria da Incerteza permite interpretar a forma como os pais lidam com a imprevisibilidade da evolução clínica do seu filho, enquanto, por sua vez, a Teoria das Transições ajuda a compreender as mudanças profundas que ocorrem nos papéis parentais, nas rotinas familiares e nas suas expetativas. Desta forma, o enfermeiro de família assume um papel central como facilitador da adaptação, dando aos pais o apoio necessário na reconstrução de objetivos e no desenvolvimento de estratégias de coping que promovam a resiliência familiar (Villa et al., 2019).

2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Este capítulo é dedicado à caracterização detalhada do local onde decorreram os dois períodos de estágio, constituindo um elemento fundamental para a compreensão das experiências de aprendizagem e das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

O primeiro estágio realizou-se entre 22 de abril e 20 de junho de 2025, enquanto o segundo decorreu de 15 de setembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026, ambos na mesma Unidade Funcional: uma Unidade de Saúde Familiar da Região Alentejo.

A descrição deste cenário da prática clínica permite não apenas situar o leitor quanto às especificidades institucionais, estruturais e funcionais da USF envolvida, mas também evidenciar a forma como tais características influenciaram a tomada de decisão clínica, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento progressivo de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Assim, este enquadramento prático constitui a base contextual indispensável para a análise crítica das intervenções realizadas e para a compreensão da evolução profissional ao longo dos estágios.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

O Centro de Saúde ao qual pertence a USF onde decorreram os estágios, assegura a prestação de cuidados de saúde a toda a população do Concelho em que se insere, abrangendo uma área geográfica total de 464 km². É constituído por 6 freguesias rurais e 1 freguesia urbana.

Neste Centro de Saúde existem várias Unidades Funcionais: 2 USF, 1 UCC e 1 UCSP. Conta ainda com a presença de Técnicos da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (1 Psicóloga, 1 Higienista Oral, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista) bem como de Assistentes Operacionais que fazem partes das equipas.

O horário de funcionamento é de 2^a a 6^a feira das 8h às 20h e ao sábado, domingo e feriados das 8h às 14h, em instalações bem equipadas e em bom estado de conservação, com espaços luminosos e com boas condições de higiene e conforto.

Segundo os censos de 2021, a população residente neste Concelho é de 22.368 habitantes, dos quais 10.593 (47,4%) são do sexo masculino e 11.749 (52,6%) do sexo feminino.

	População residente em 2011	População residente em 2021	Taxa de variação 2011/2021	Densidade populacional (Hab./Km ²) 2021
Portugal	10.557.560	10.361.831	-1,85%	112,4
Concelho onde se realizaram os estágios	24.930	22.368	-10,30%	50,0

Tabela 1 - População residente em 2011 e 2021, de acordo com os censos. Fonte: INE (2021), PORTDATA (2021)

Como se pode verificar, na Tabela 1, existe um decréscimo populacional nos últimos 10 anos a nível nacional (1,85%), sendo este bastante marcado no Concelho onde se realizaram os dois estágios (10,3%).

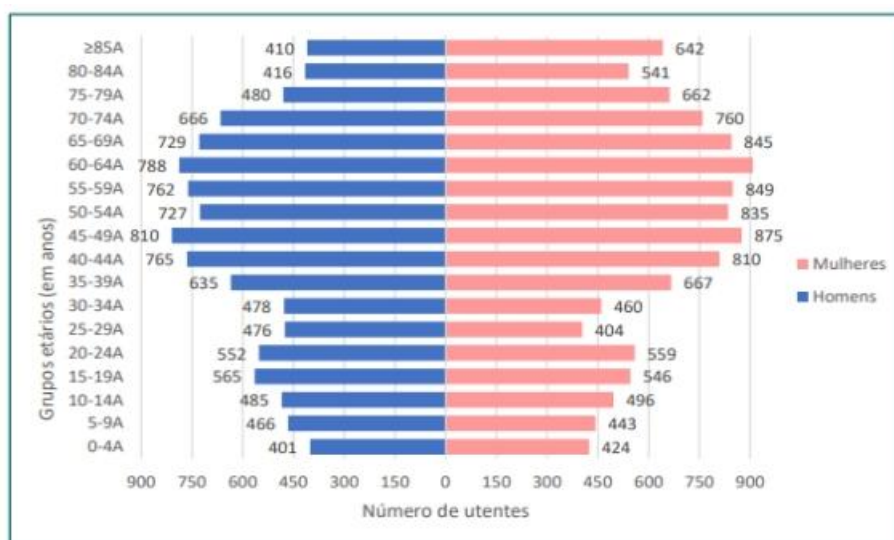


Figura 1- Distribuição etária da população residente no Concelho onde se realizaram os estágios. Fonte: PORTDATA, 2021.

A Figura 1 demonstra uma distribuição etária envelhecida, do tipo decrescente, que reflete uma diminuição da natalidade e mortalidade e um aumento da esperança média de vida, com consequente diminuição da capacidade de renovação da população ativa.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA USF

A USF onde foram realizados os estágios iniciou funções a 5 de abril de 2010, sendo inaugurada a 22 de junho do mesmo ano. Passou a desempenhar atividade como USF Modelo B a 1 de outubro de 2013.

2.2.1. Espaço Físico e Recursos Materiais

A USF está localizada no piso 1 do edifício do Centro de Saúde e apresenta-se dividida por módulos aos quais foram atribuídas cores. Possui nove gabinetes médicos, oito gabinetes de enfermagem, quatro gabinetes de planeamento familiar e quatro gabinetes de saúde infantil, duas salas de tratamentos, um gabinete de vacinação, um “Cantinho de Amamentação”, cinco salas de espera, seis wc, um balcão de atendimento geral, um módulo administrativo, uma sala de reuniões e uma copa. Todas as referidas divisões contêm os recursos materiais adequados ao seu funcionamento.

No piso zero localizam-se os armazéns avançados, local de armazenamento do material de consumo clínico e medicamentos.

2.2.2. Estrutura Orgânica e Funcional

Constituem a estrutura orgânica da USF o Coordenador da Equipa, o Conselho Geral, o Conselho Técnico e os órgãos de apoio, como o interlocutor de enfermagem e o interlocutor administrativo (DL 298/2007, art.º 11º).

A equipa multiprofissional é constituída por sete médicos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros, sendo dois deles especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, e seis assistentes técnicos.

A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família (microequipa), formada por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, os quais são responsáveis pela mesma lista de utentes. Cada microequipa tem como objetivo prestar serviços globais a todos os elementos do agregado familiar da sua lista, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a eficiência dos cuidados e monitorizar a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

O horário de funcionamento da USF é das 8h00 às 20h00, todos os dias úteis. Evidencia-se a facilidade de cada utente obter consulta, preferencialmente com o seu Médico/Enfermeiro de Família, considerando que a acessibilidade é fulcral e implica uma correta gestão do

atendimento, através de circuitos simples e eficazes. A Figura 2 representa o circuito claro e desburocratizado preconizado por esta USF.

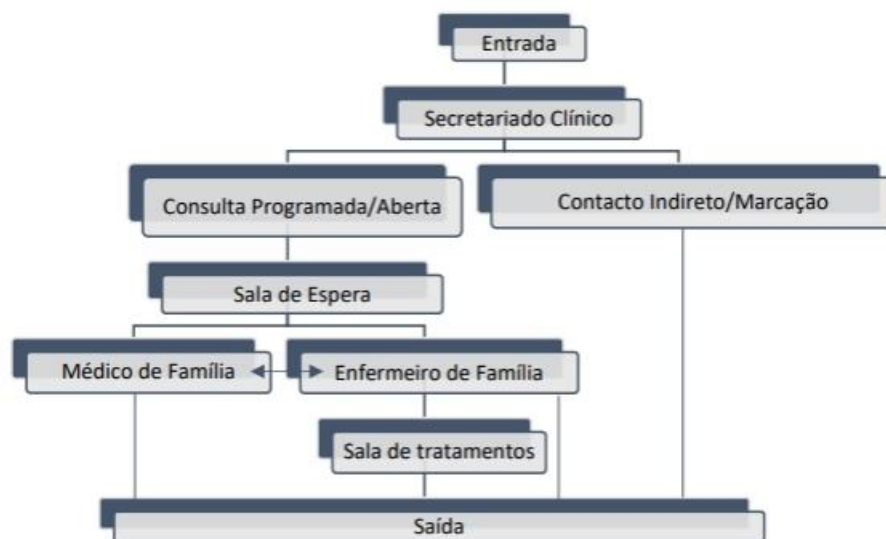


Figura 2 – Circuito de utentes na USF. Fonte: Azevedo (2023)

O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do assistente técnico que, em presença física, por telefone ou e-mail, identifica qual necessidade do utente, se administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos com ou sem marcação prévia e o encaminha de forma a que seja dada a melhor resposta à necessidade encontrada.

2.2.3. Breve caracterização dos utentes da USF

Em maio de 2025, segundo dados extraídos da plataforma MIM@UF e do BI-CSP, a USF apresentava 12621 utentes inscritos, correspondendo a 17.131,00 unidades ponderadas (UP's), dos quais 52,6% eram do sexo feminino e 47,4% do sexo masculino.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários em cada USF, considera-se adequado que se observe um rácio de 1 enfermeiro/1550 utentes ou 1 enfermeiro/1917 UP's. Na USF onde decorreram os estágios, o rácio médio é de 1 enfermeiro/1577,6 utentes e 1 enfermeiro/2141,4 UP's, verificando-se assim um ligeiro desvio relativamente à média por utente mas cumprindo a média relativamente à dotação segura preconizada por UP's.

O total de índice de dependência era à data de 63%, correspondendo a um índice de dependência de 19,57% nos jovens e de 43,43% nos idosos.

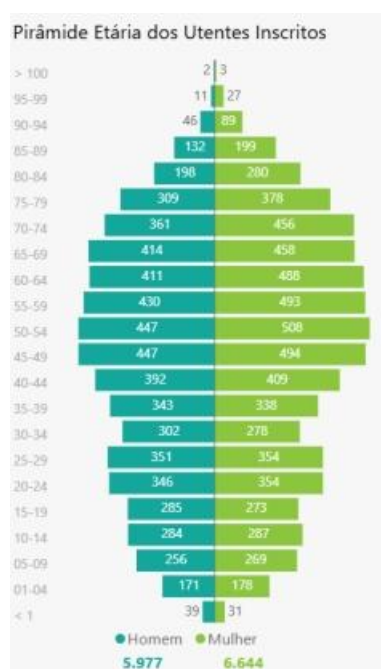


Figura 3 - Pirâmide etária da USF. Fonte: mim@uf (maio 2025)

2.2.4. Carteira Básica de Serviços da USF

A carteira básica de serviços das Unidades de Saúde Familiar engloba um conjunto de programas de saúde orientados pelas normas da Direção-Geral da Saúde, tendo em conta a prestação de cuidados de saúde primários de forma integrada, contínua e centrada na pessoa e na família (ACSS, 2022). Neste contexto, a consulta de enfermagem assume-se como uma intervenção autónoma, programada ou não, presencial ou à distância, permitindo responder às necessidades em cuidados de enfermagem, promover a continuidade de cuidados e articular com outros profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Na USF, as consultas de enfermagem encontram-se organizadas de acordo com diferentes programas de saúde ao longo do ciclo vital.

No que respeita à saúde da mulher e ao planeamento familiar, são desenvolvidas intervenções de promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo aconselhamento, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e rastreios oncológicos (DGS, 2008a).

Em relação à saúde infantil e juvenil, as consultas de enfermagem visam a vigilância do crescimento e desenvolvimento, a promoção de comportamentos saudáveis e a prevenção de situações de risco, incluindo o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Neste programa incluem-se também intervenções precoces, como o rastreio neonatal e o acompanhamento próximo nos primeiros meses de vida (DGS, 2013).

Relativamente à saúde materna, a consulta de enfermagem é centrada na vigilância da gravidez de baixo risco, na educação para a saúde e na preparação para o parto e

parentalidade, assegurando a continuidade de cuidados até ao período pós-parto (DGS, 2015).

No domínio da saúde do adulto e do idoso, as consultas de enfermagem têm por base a promoção de estilos de vida saudáveis, a prevenção da doença e a vigilância de condições crónicas, com especial atenção à autonomia, funcionalidade e ao envelhecimento ativo (DGS, 2006).

Destacam-se, ainda, programas específicos de vigilância da doença crónica, nomeadamente a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, nos quais a intervenção de enfermagem é centrada na monitorização clínica, educação terapêutica e promoção da adesão ao regime terapêutico, contribuindo para a prevenção de complicações a longo prazo.

Para além das consultas no edifício do Centro de Saúde, a visita domiciliária assume um papel fundamental na prestação de cuidados, permitindo avaliar o contexto familiar, social e ambiental da pessoa. Esta intervenção destina-se, sobretudo, a utentes em situação de dependência ou com dificuldade de deslocação, possibilitando uma abordagem mais individualizada e centrada na família. Através da consulta de enfermagem no domicílio, o enfermeiro de família promove a continuidade de cuidados, identifica necessidades específicas e intervém ao longo das diferentes fases do ciclo vital, podendo ainda articular com outros níveis de cuidados, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Deste modo, a carteira básica de serviços da USF evidencia uma resposta abrangente e estruturada, que integra diferentes programas de saúde e modalidades de intervenção, assegurando cuidados de enfermagem centrados na pessoa, na família e na comunidade.

2.2.5. Carteira Adicional de Serviços da USF

No âmbito das Unidades de Saúde Familiar, a carteira adicional de serviços constitui um instrumento de flexibilização da resposta assistencial, permitindo adequar a prestação de cuidados às necessidades específicas da população. De acordo com o Despacho n.º 14237/2024, a carteira adicional de serviços das USF's é objeto de contratualização, podendo incluir atividades diferenciadas e ajustadas aos objetivos assistenciais definidos, bem como ser revista de forma periódica, nomeadamente através de propostas apresentadas em ciclos trimestrais (Ministério da Saúde, 2024). Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel central na operacionalização desta carteira.

Na USF onde decorreram os estágios, os serviços que funcionam em carteira adicional de serviços é o horário de atendimento aos sábados, domingos e feriados das 8h às 14h, onde se desenvolve intervenções de enfermagem no domínio da promoção da saúde, gestão da doença crónica, apoio à parentalidade e acompanhamento de famílias em situação de

vulnerabilidade, através de consultas de recurso, realização de tratamentos de feridas e administração de terapêutica injetável.

3. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Este capítulo centra-se no processo de avaliação e intervenção familiar no domínio da parentalidade, temática selecionada para aprofundamento ao longo dos dois períodos de estágio, dada a sua relevância para a promoção da saúde e para o fortalecimento das dinâmicas familiares. A análise aqui apresentada integra a metodologia adotada, explicitando os referenciais teóricos, os instrumentos utilizados, e a análise de dados, bem como os objetivos que orientaram a intervenção e os procedimentos éticos que asseguraram o respeito pela dignidade, autonomia e confidencialidade das famílias envolvidas. Inclui-se, ainda, o reporte sistematizado do estudo de caso da família C, que constitui o eixo central da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, permitindo ilustrar a articulação entre teoria, evidência científica e prática clínica especializada em Enfermagem de Saúde Familiar.

3.1. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste projeto foi a metodologia de estudo de caso, que tem por base uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, que permite compreender as vivências, os desafios e as necessidades das famílias com crianças prematuras, bem como o papel do enfermeiro de família no acompanhamento destas situações. Esta metodologia foi conjugada com a metodologia científica do processo de enfermagem, e sustentada no MCAIF.

Foi desenvolvido um estudo através da realização de entrevista semiestruturada, com vista a obter informações sobre as experiências familiares no contexto da parentalidade na prematuridade.

De acordo com Cooke (2019), a metodologia de estudo de caso tem vindo a assumir um papel cada vez mais relevante na investigação em enfermagem, particularmente na exploração de fenómenos complexos relacionados com a saúde. Assim, torna-se fundamental que o investigador valorize a compreensão do caso no seu contexto, considerando os diversos fatores que influenciam a sua realidade.

No estudo de caso da Família C foram operacionalizadas todas as etapas do processo de enfermagem — avaliação inicial e colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final — conforme preconizado por Ribeiro et al. (2018). A aplicação sequencial destas fases, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (2015d), constitui um

requisito fundamental para assegurar uma abordagem estruturada, coerente e orientada para as necessidades reais dos indivíduos e das famílias.

A avaliação da família participante foi realizada através do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, conhecido pela sua capacidade de analisar de forma sistemática a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento das famílias. Este modelo serviu também de base para a construção do guião da entrevista e de apoio para a compreensão das dinâmicas familiares.

No âmbito das **técnicas de recolha de dados**, recorreu-se à entrevista semiestruturada e ao questionário, instrumentos amplamente utilizados em investigação em enfermagem pela sua capacidade de captar informação sistemática e relevante.

A entrevista semi-estruturada é uma técnica de recolha de dados que combina um conjunto de questões previamente definidas com a flexibilidade necessária para explorar temas emergentes durante a interação com o participante, permitindo ao investigador captar a complexidade dos fenómenos humanos (Streubert & Carpenter (2011)). De forma semelhante, Polit & Beck (2021) referem que este método possibilita uma recolha de dados rica e contextualizada, mantendo simultaneamente um nível de estrutura que facilita a comparação entre participantes. No domínio específico da investigação em enfermagem familiar, Wright & Leahey (2013) destacam que a entrevista semiestruturada favorece a compreensão das dinâmicas familiares, das suas necessidades e dos significados atribuídos às transições e desafios vivenciados, constituindo um instrumento essencial para a avaliação clínica e para a construção de diagnósticos de enfermagem fundamentados.

Por sua vez, o questionário é um instrumento estruturado de recolha de dados composto por um conjunto organizado de perguntas, geralmente padronizadas, que permitem obter informação de forma sistemática, comparável e eficiente junto de um grupo de participantes. Na investigação em enfermagem, o questionário é amplamente utilizado para captar dimensões subjetivas da experiência humana — como perceções de saúde, satisfação com cuidados ou necessidades sentidas — desde que seja cuidadosamente construído e validado, garantindo a sua adequação cultural e conceptual (Fortin, 2009).

No âmbito deste estudo de caso, a entrevista semiestruturada foi utilizada para efetuar a avaliação das várias dimensões da família C, de acordo com o preconizado no MCAIF. A técnica do questionário foi utilizada para a aplicação de algumas escalas de avaliação (ex: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, ...).

No que respeita aos **instrumentos de recolha de dados**, foi utilizado o guião da entrevista semiestruturada (Apêndice A), que foi construído de acordo com os princípios orientadores do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) (Anexo A) proposto por

Wright & Leahey (2009). Assim, integrou um conjunto de questões pré-definidas destinadas à avaliação das três dimensões fundamentais do modelo — estrutural, de desenvolvimento e funcional — incorporando, em cada uma delas, os instrumentos de avaliação familiar considerados pertinentes (o APGAR Familiar de Smilkstein, o ecomapa, a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a Escala FACES II, o genograma, a Escala de Graffar e a Psicofigura de Mitchell). Adicionalmente, foram incluídas 5 questões abertas especificamente direcionadas para a compreensão da vivência da prematuridade, explorando a experiência do nascimento prematuro, as alterações introduzidas na dinâmica familiar, a percepção do papel do enfermeiro de família e as estratégias mobilizadas pelos pais para lidar com a incerteza e com as transições inerentes à parentalidade em contexto de risco. A inclusão destas questões fundamenta-se na literatura consultada, que destaca a importância de captar os significados atribuídos pelas famílias às experiências associadas à prematuridade e às suas implicações no processo de adaptação.

Para além do guião da entrevista semiestruturada, e dos diversos instrumentos de avaliação familiar, foi também aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, com o objetivo de avaliar o grau de sobrecarga experienciado pelos pais/cuidadores principais da criança prematura, atendendo ao facto de esta já ter nascido e se encontrar em acompanhamento.

- Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

A escala, originalmente desenvolvida por Zarit, Reever & Bach-Peterson (1980), foi adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007), apresentando boas propriedades psicométricas.

A versão utilizada neste estudo foi a versão adaptada do programa *Sclínico* (Zarit Burden Interview – ZBI 22 itens) (Anexo B), de fácil aplicação e adequada ao contexto supracitado. Cada item é avaliado numa escala, variando entre "nunca" (1 pontos) e "quase sempre" (5 pontos), permitindo um resultado final entre 22 e 110. Valores mais elevados indicam maior nível de sobrecarga percebida.

A aplicação foi feita após a entrevista, com o consentimento da participante, com a finalidade de complementar a análise qualitativa com dados quantitativos descritivos sobre o impacto emocional e físico do cuidar na prematuridade.

- Genograma e Psicofigura de Mitchell

O genograma é definido por Figueiredo (2023), como um instrumento de avaliação familiar, desenvolvido no contexto da terapia familiar no âmbito dos sistemas familiares de Bowen. Para McGoldrick et al. (citado in Hanson, 2005) um genograma, é uma variação da árvore genealógica, que regista a informação da família e as suas relações ao longo de pelo

menos três gerações. Figueiredo (2012) refere que este instrumento possibilita a perceção da estrutura familiar e dos seus problemas.

A construção deve ser iniciada durante a primeira entrevista, com a família, recorrendo a perguntas simples e depois complementar ao longo do tempo com dados mais complexos relacionado com as interações dos membros da família (Hanson, 2005). Figueiredo, Rego & Vitor (2023) também enfatizam o aspeto colaborativo e de participação da família na aplicação deste instrumento.

Figueiredo, Rego & Vitor (2023) referem que no genograma podem ser representadas as relações intra e intersistémicas (definindo estas últimas como as relações com a família extensa). Esta representação é denominada por Psicofigura de Mitchell, que pode ser representada de forma autónoma do genograma, mas na avaliação familiar pode torna-se pertinente integrá-lo na construção do mesmo. Segundo os mesmos autores, é a representação gráfica das relações intrafamiliares, conforme são percecionadas pelos membros da família, tendo como objetivo incidir no sistema relacional e emocional da família.

- Ecomapa

Segundo Figueiredo (2023), o Ecomapa (ou mapa ecológico) explora a natureza e a qualidade das relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares. Wright & Leahey (2009) referem que Ecomapa é uma representação dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, representa o atual funcionamento familiar e contexto ambiental, enquanto o Genograma apresenta uma vertente mais histórica. A simbologia deste deve ser clara e específica, para que todos os profissionais consigam compreender da mesma forma (Figueiredo, 2023).

Hanson (2005), refere-se ao Ecomapa, como um instrumento que permite organizar uma grande quantidade de informação factual, dando uma perceção mais integrada ao enfermeiro da situação da família, permitindo retratar o presente e também estabelecer objetivos futuros. Por sua vez, Figueiredo (2023) menciona que o uso do Ecomapa permite aperfeiçoar a compreensão sobre as experiências dos membros da família e das suas redes sociais, ilustrando as ligações com os sistemas mais amplos. Ainda segundo a mesma, o ecomapa permite identificar as pessoas e instituições que se constituem como um recurso, o fluxo ou ausências destes, e se existe capacidade de mobilização dos mesmos, podendo também conter as ligações geradoras de stress, caso existam.

Wright & Leahey (2009) descrevem que na construção do Ecomapa, o Genograma (clã familiar em estudo) deve ser colocado no círculo central, sendo que os círculos externos representam pessoas, órgãos ou instituições que interagem com o contexto familiar. São desenhadas linhas entre a família e os círculos externos que permitem indicar as natureza e qualidade dos vínculos afetivos. A forma como é percecionada a intensidade e a qualidade

dos vínculos é independente em cada membro e tem sempre impacto no sistema familiar (Figueiredo, 2023).

- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II)

A FACES II corresponde à segunda versão da Family Adaptability and Cohesion Scale, desenvolvida por Olson, Joyce, Portner e Bell (Figueiredo, 2012). De acordo com estes autores, a coesão familiar diz respeito à ligação emocional entre os membros da família, resultando de um equilíbrio dinâmico entre a necessidade de autonomia individual e, simultaneamente, de pertença e identificação com o grupo familiar. Por sua vez, a adaptabilidade refere-se à capacidade da família para se reorganizar e ajustar perante situações de stresse, sejam estas de natureza desenvolvimental ou acidental, implicando alterações ao nível da liderança, dos papéis e das regras familiares.

Em Portugal, a escala FACES II foi traduzida e validada em 1995 por Otília Monteiro Fernandes, designando-se Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – versão Portuguesa (Anexo C). Este é um instrumento de autopreenchimento, de escolha de nível de concordância, constituído por 30 itens, com cinco opções de resposta que variam entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre). Destes itens, 16 avaliam a coesão familiar e 14 a adaptabilidade. Apesar de existirem outras versões da escala, a FACES II destaca-se por ser mais breve e de fácil aplicação, podendo ser utilizada em indivíduos com idade superior a 12 anos (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

A partir dos resultados obtidos, a coesão familiar pode ser classificada em quatro níveis: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. De forma semelhante, a adaptabilidade é categorizada como rígida, estruturada, flexível ou muito flexível. Para além destas dimensões, a escala permite ainda classificar globalmente o tipo de família em extremas, de meio-termo, equilibradas ou muito equilibradas (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

- Escala de Graffar

A escala de Graffar (Anexo D), desenvolvida em 1956 e posteriormente adaptada à população portuguesa por Amaro em 1990, com atualização em 2001, constitui um instrumento amplamente utilizado para avaliar as condições socioeconómicas das famílias, permitindo a sua classificação em diferentes classes sociais (Figueiredo, Rego & Vitor, 2023).

De acordo com os mesmos autores, esta avaliação possibilita não só a identificação de contextos de risco, mas também a compreensão de potenciais alterações ao nível dos comportamentos de saúde e do desenvolvimento psicossocial. Este instrumento contribui para uma análise mais aprofundada dos recursos familiares e dos fatores de stresse associados, considerando dimensões como a situação económica, o nível de escolaridade, o grupo profissional e o contexto habitacional.

A escala é composta por vários critérios, cada um com cinco itens, aos quais corresponde uma pontuação entre um e cinco pontos. A cada critério é ainda atribuído um coeficiente de ponderação, também entre um e cinco, sendo a classificação final obtida através do somatório ponderado das pontuações. Com base neste resultado, a família é enquadrada numa das seguintes classes sociais: Classe I (alta), com pontuação entre 5 e 9; Classe II (média alta), entre 10 e 13; Classe III (média), entre 14 e 17; Classe IV (média baixa), entre 18 e 21 e Classe V (Baixa), entre 22 e 25 (Figueiredo, 2009).

- Escala de Barthel

A Escala de Barthel (Anexo E), também conhecida por Índice de Barthel (IB), é um instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa na realização das dez Atividades de vida Diárias (AVD's): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres – vesical e intestinal, deambular, transferência da cadeira para a cama, e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965 citado em Grazina, 2015).

É um instrumento constituído por 10 itens, correspondentes às AVD's descritas, todos de resposta fechada, agrupados nas dimensões de mobilidade e autocuidados. Para cada atividade apresenta diferentes níveis de dependência, sendo que um valor mais baixo significa dependência total enquanto um valor máximo indica independência. A cotação global da escala oscila entre 0 a 100 pontos, em que o valor zero traduz uma dependência total e o cem corresponde à independência (Sequeira, 2010b).

- Escala de readaptação social de Holmes e Rahe

Esta escala foi desenvolvida por Holmes e Rahe em 1967, tendo sido posteriormente traduzida para a língua portuguesa por Caeiro em 1991 (Figueiredo, 2012). Trata-se de um questionário de autopreenchimento composto por 43 eventos de vida, que estabelece uma relação entre acontecimentos significativos, níveis de stress e o risco de doença, considerando os eventos ocorridos no último ano (Figueiredo, 2012).

A escala de readaptação social de Holmes e Rahe (Anexo F) permite avaliar e quantificar as dificuldades vivenciadas nesse período, possibilitando estimar a probabilidade de desenvolvimento de doença psicossomática. Segundo Figueiredo (2012), Holmes e Rahe identificaram uma correlação significativa entre situações de stress ou crise e o aparecimento de alterações de saúde, sendo este risco influenciado pela natureza, número e intensidade dos acontecimentos experienciados. Verificaram, ainda, que a probabilidade de doença aumenta à medida que se acumulam as unidades de mudança de vida.

A cada evento é atribuída uma pontuação, numa escala que varia entre 11 e 100 pontos. O somatório das pontuações dos acontecimentos assinalados permite obter um score final, a partir do qual se estima o risco de doença: valores entre 150 e 199 pontos correspondem a

menor probabilidade de ocorrência, entre 200 e 300 pontos indicam cerca de 50% de probabilidade, e valores superiores a 300 pontos correspondem a aproximadamente 80% de probabilidade de desenvolvimento de doença (Caeiro, 1991).

- APGAR Familiar de Smilkstein

A escala de APGAR Familiar (Anexo G), foi desenvolvida por Gabriel Smilkstein (1978) para avaliar o funcionamento da família em funcional ou disfuncional. Baseia-se na percepção de cada membro da família sobre o funcionamento familiar, e a capacidade de manifestar o grau de satisfação no cumprimento de funções no sistema familiar (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

De acordo com Figueiredo (2012), a sigla APGAR deriva da integração de cinco variáveis de avaliação de funcionamento familiar: A – Adaptação (Adaptability); P – Participação (Partnership); G – Crescimento (Growth); A – Afeto (Affection); R – Decisão (Resolve). Esta avaliação, consiste num questionário constituído por 5 perguntas sobre as principais funções da família, em que cada pergunta apresenta um score de acordo com a resposta do elemento familiar. A pontuação varia de 0 a 10 (relativa à percepção da família sobre a funcionalidade), classificando a família em altamente funcional (7 a 10), moderada disfunção (4 a 6) e disfunção acentuada (0 a 3) (Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2012), a sua fácil utilização e capacidade de identificar situações de risco associadas a uma área de funcionamento familiar, constitui uma vantagem na utilização deste instrumento.

Para a **análise dos dados** obtidos através dos instrumentos de recolha anteriormente descritos, recorreu-se a técnicas distintas, seleccionadas em função da natureza dos dados. Os dados quantitativos foram tratados mediante estatística descritiva, utilizando o software Microsoft Excel® para o cálculo de frequências, somatórios e outras medidas básicas de caracterização. Já os dados qualitativos, resultantes da entrevista semiestruturada, foram analisados segundo os princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (2022), processo que incluiu a transcrição *verbatim* realizada pelo mestrando (MB) e posteriormente verificada pela orientadora (JN). Esta abordagem permitiu uma exploração sistemática, rigorosa e aprofundada do discurso, assegurando a identificação de categorias e significados relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo.

Há, ainda, a salientar que relativamente aos dados qualitativos, a sua análise foi conduzida segundo as três fases estruturantes delineadas por Bardin (2022). A pré-análise envolveu uma leitura flutuante e a organização do corpus, permitindo uma primeira aproximação ao material. Seguiu-se a exploração do material, fase em que foram identificadas as unidades de registo, procedendo-se à sua codificação e ao subsequente agrupamento em

categorias temáticas. Por fim, o tratamento e interpretação dos dados permitiu articular os conteúdos emergentes com o enquadramento teórico e com os objetivos definidos para o estudo. A construção das categorias temáticas foi realizada de forma dedutiva, tendo sido previamente estabelecidas 4 categorias (as necessidades sentidas após o parto aquando do regresso ao domicílio; o apoio prestado pelo Enfermeiro de Família; as necessidades sentidas atualmente; sugestões de melhoria da intervenção do Enfermeiro de Família no âmbito da prematuridade), não se tendo identificado categorias adicionais de natureza indutiva.

No que respeita ao **processo de seleção das famílias** participantes, foram previamente definidos critérios de elegibilidade para a população-alvo, nomeadamente: famílias com crianças até aos seis anos de idade, com historial de prematuridade (isto é, nascimento ocorrido antes das 37 semanas de gestação), inscritas como utentes na USF, que manifestassem disponibilidade para participar e domínio da língua portuguesa. Tendo por base estes critérios, durante o primeiro período de estágio foram contactadas as famílias constantes da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Clínica. Deste processo resultou a identificação de uma única família que reunia todos os critérios de inclusão e que consentiu participar no estudo, designada neste trabalho como Família C.

3.2. OBJETIVOS

No que se refere aos objetivos delineados para o estudo de caso, estabeleceu-se como **objetivo geral** o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na prestação de cuidados a famílias com crianças prematuras. A partir deste enquadramento, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Avaliar o nível de stress parental em famílias com crianças prematuras já inseridas na comunidade;
- Identificar necessidades das famílias com crianças prematuras já inseridas na comunidade;
- Implementar intervenções de enfermagem centradas na família que promovam o autocuidado e o empoderamento parental, de acordo com o MCAIF;
- Englobar a família no processo de tomada de decisão partilhada e na construção de estratégias para a resolução dos problemas identificados;
- Promover a participação das famílias na realização e implementação do plano de cuidados;
- Promover práticas de autocuidado e estratégias de gestão do stress nos pais de bebe prematuros.

3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Ao longo da realização dos dois estágios estiveram sempre presentes as leis que regem a profissão e a Deontologia Profissional de Enfermagem, sendo que foi sempre uma preocupação aquando da realização de intervenções de Enfermagem, a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa que foi alvo dos cuidados (OE, 2015b).

Tal como refere Fortin (2009, p. 113), “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”, razão pela qual, ao longo de todo o processo de prestação de cuidados à Família C, se procurou assegurar o escrupuloso cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde.

A participação da família selecionada no presente estudo de caso assumiu um caráter voluntário, livre, informado e esclarecido. Neste sentido, foram previamente prestadas todas as informações pertinentes, bem como esclarecidas as dúvidas apresentadas, garantindo a compreensão integral dos objetivos e procedimentos do estudo de caso. Com vista à salvaguarda dos direitos dos participantes, foi disponibilizado o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice B), tendo o mesmo sido devidamente assinado pela família. A assinatura deste documento formaliza a autorização para a participação no estudo, assegurando simultaneamente o respeito pelo anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foi ainda entregue um duplicado do consentimento à família, contendo toda a informação relevante, bem como os contactos do mestrando para eventuais esclarecimentos adicionais (Fortin, 2009).

Enquanto participantes no presente estudo, as famílias são titulares de um conjunto de direitos fundamentais que orientam a condução ética do estudo de caso. Entre estes, destaca-se o direito à não maleficência, garantindo que não sejam expostas a qualquer tipo de dano ou prejuízo. Assiste-lhes igualmente o direito à informação plena, compreendendo o acesso a esclarecimentos claros e completos sobre os objetivos, metodologias, natureza e duração do estudo. É ainda assegurado o direito à autodeterminação, permitindo uma decisão livre e consciente quanto à participação, isenta de qualquer forma de coação. Paralelamente, é salvaguardado o direito à intimidade, através da proteção da identidade dos participantes, da confidencialidade das informações partilhadas e da liberdade de recusa em responder a questões que considerem intrusivas. Adicionalmente, é garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade, assegurando que os dados recolhidos não permitem a identificação dos participantes, sendo a sua utilização e eventual divulgação condicionadas à sua autorização (Nunes, 2013; World Medical Association, 2013). Neste sentido, foi garantido à Família C que a apresentação dos resultados seria realizada de forma a preservar integralmente o anonimato dos participantes.

O presente estudo de caso não foi submetido à apreciação de uma Comissão de Ética, uma vez que se enquadra nas orientações nacionais e internacionais relativas à investigação em saúde, que distinguem estudos observacionais ou integrados na prática clínica habitual de investigações que envolvem risco acrescido para os participantes. Isto significa que estudos desenvolvidos no âmbito da prática clínica habitual, sem introdução de procedimentos adicionais ou riscos suplementares, podem ser conduzidos mediante o cumprimento rigoroso dos princípios éticos fundamentais, nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade, o respeito pela dignidade humana e a proteção de participantes vulneráveis (World Medical Association, 2013; CIOMS, 2016; Deodato, 2022). Assim, o estudo de caso realizado corresponde à aplicação do processo de cuidados de enfermagem em contexto real, não configurando investigação com risco acrescido que justificasse submissão a uma Comissão de Ética.

3.4. ESTUDO DE CASO DA FAMÍLIA C

Apresentam-se, de seguida, as etapas do processo de enfermagem operacionalizadas no âmbito do estudo de caso da Família C, sistematicamente articuladas com os pressupostos teóricos e operacionais do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

3.4.1. Avaliação Inicial

Nesta etapa do processo de enfermagem, foram efetuadas as avaliações estrutural, de desenvolvimento e funcional da Família C, às quais se acrescentou a avaliação sistemática da sobrecarga do cuidador.

3.4.1.1. Avaliação Estrutural

Estrutura Interna

A estrutura interna inclui as subcategorias: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites (Wright & Leahey, 2009).

A família C. é composta por três elementos, todos naturais de um mesmo distrito da região do Alentejo, a T, sexo feminino, heterossexual, 45 anos de idade, encarregada de serviços gerais em alojamento local, solteira; a F, sexo feminino, heterossexual, 14 anos de idade, estudante a frequentar o 3º ano do 3º ciclo, filha mais velha da T e do A, o J, sexo masculino, 6 anos de idade, estudante a frequentar o 1º ano do ensino básico, filho mais novo da T e do A. É de salientar que a T é o sujeito index.

O agregado em estudo é uma família monoparental, visto ser constituída por um adulto a T, a sua filha mais velha F, e o filho mais novo o J. O sujeito index T viveu um relacionamento durante vários anos com o A, que dois anos após o nascimento do J saiu de casa. No

momento, é a T a única responsável por todos os cuidados e decisões relacionadas com os filhos.

De acordo com a tipologia familiar descrita por Henriqueta Figueiredo, a família em análise enquadra-se numa família monoparental, uma vez que é constituída por um único progenitor responsável - a mãe - e os seus filhos, decorrente de uma situação de divórcio (Figueiredo, 2012).

De modo a descrever de forma inequívoca a estrutura da família C, recorreremos à realização do Genograma, optando por realizar a descrição do clã tendo por base o sujeito índice, a T.

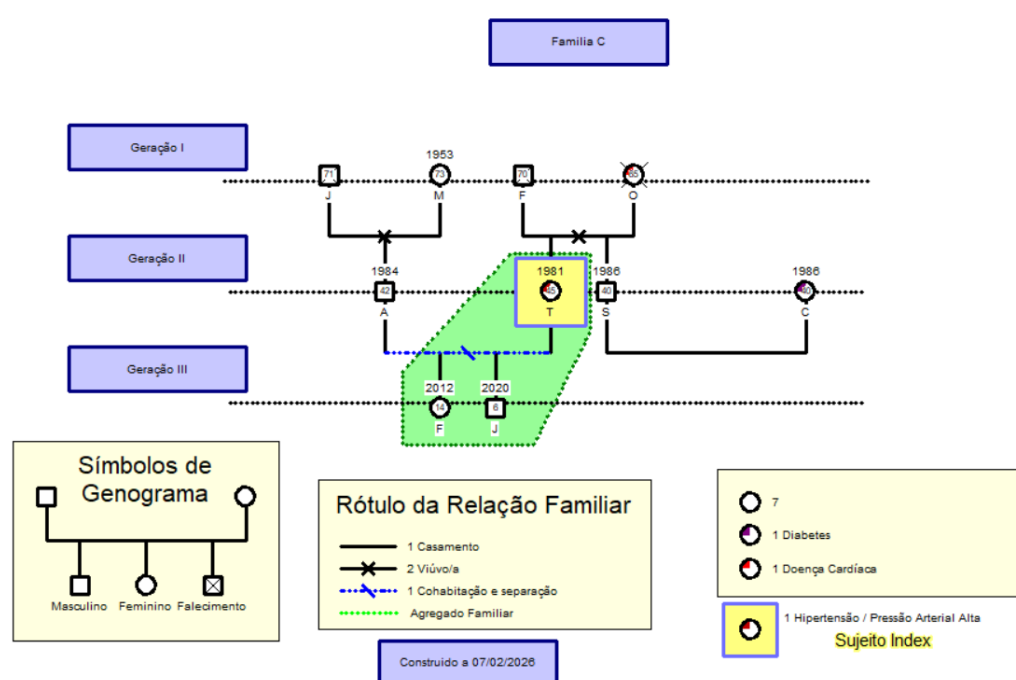


Figura 4 - Genograma da Família C. Fonte: Elaboração Própria

A T, sexo feminino, de 45 anos, tem como antecedentes pessoais Aneurisma cerebral e HTA controlada. É a primeira descendente, do casal, F (sexo masculino, faleceu aos 70 anos, com patologia respiratória) e da O (sexo feminino, faleceu aos 65 anos, com patologia cardíaca), tem mais um irmão, o S, filho mais do novo do casal, do sexo masculino, 40 anos, casado com a C e sem filhos. A C (sexo feminino, 40 anos), tem como antecedentes pessoais DM tipo II). Residem no mesmo concelho e são um apoio para a T sempre que necessário.

A T está separada do A, do sexo masculino, de 42 anos, empregado fabril.

O casal constituído pela T e o A, nunca contraíram matrimónio, mas viveram em união de facto, até cerca de 2 anos após o nascimento do J. Têm dois filhos. O primeiro descendente é a F, que nasceu em 2012, do sexo feminino, heterossexual, solteira, atualmente a iniciar um

relacionamento e que iniciou consulta de planeamento familiar recentemente. O segundo descendente é o J, nascido em 2020, decorrente de gravidez não planeada, aos 39 anos da T, que terminou de forma prematura às 29 semanas, a T apenas fazia acompanhamento na consulta de baixo risco no Centro de Saúde e na Unidade Hospitalar. O J é estudante no 1º. ano na escola primaria da área de residência.

O Clã familiar é constituído pela T, a F e o J.

O A após a separação saiu da área de residência e reside em Lisboa, não sendo um apoio direto na vida diária dos filhos.

Apesar de T ter o irmão a morar na mesma localidade e referir que o S e a C são um apoio quando necessário, a T é a única responsável e cuidadora dos filhos, levando-a a verbalizar algum cansaço quando se refere aos cuidados com o J.

A família, segundo Minuchin (2003), é descrita como um sistema social complexo, dividida em subsistemas (individual, conjugal, parental e fraternal). Nela estão presentes limites, os quais se definem como regras essenciais para a organização e funcionamento da família, permitindo que cada membro desempenhe as suas funções adequadamente. Os limites de cada subsistema podem ser classificados como claros, difusos ou rígidos.

No que concerne aos subsistemas familiares, identificam-se o subsistema parental, representado pela mãe, e o subsistema fraterno, constituído pelos dois irmãos. Neste último, a relação estabelecida entre F e J configura uma díade fraterna.

Relativamente aos limites, a família C apresenta limites claros, onde cada elemento desenvolve as suas funções sem interferências indevidas e permite o contato entre outros elementos do subsistema.

Estrutura Externa

A estrutura externa da família integra duas subcategorias fundamentais: a família extensa, previamente caracterizada, e os sistemas mais amplos, que compreendem as relações estabelecidas com o meio envolvente (Wright & Leahey, 2009).

No âmbito da avaliação desta dimensão na família C, foi elaborado, em colaboração com a T, o Ecomapa da sua família, enquanto instrumento facilitador da identificação e análise das redes de suporte e das interações estabelecidas com os diferentes sistemas externos.

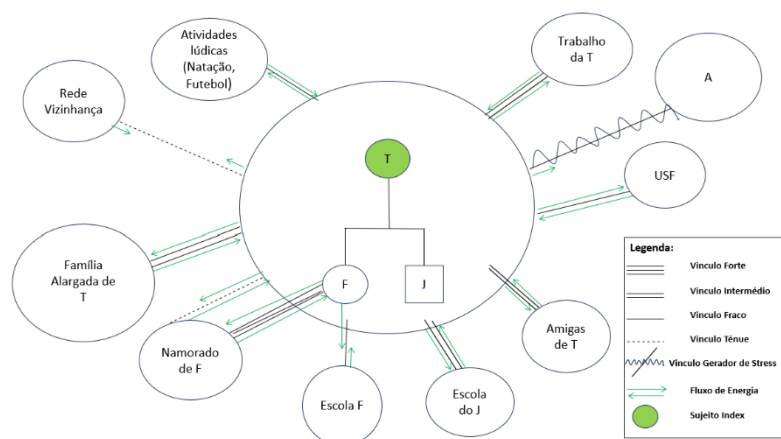


Figura 5 - Ecomapa da Família C. Fonte: Elaboração Própria

O A, assume-se como um sistema, tem um vínculo gerador de stress com o agregado, a T tenta que apesar da distância seja participativo na vida dos filhos, mas isso não acontece, os filhos estão na presença física do Pai apenas no período de férias no Verão e durante poucos dias, o que justifica o fluxo de energia curto e não compensatório.

A família alargada da T faz parte da rede de suporte deste agregado, reúnem-se regularmente sempre que é necessário, estão presentes e celebram juntos os dias especiais, o que se traduz num fluxo de energia recíproco e compensatório, demonstrando que mantêm uma relação de grande amizade.

A rede de vizinhança é diversa, existe um vínculo ténue e tem um fluxo de energia curto, mas compensatório, acima de tudo existe um sentimento de segurança com os vizinhos e a T sente que ocupam o espaço que devem ocupar, sendo que passa pouco tempo a conviver com esta rede.

O agregado mantém um vínculo fraco com a rede de atividades lúdicas, todos praticam natação e gostam de interagir com o clube, o que justifica o fluxo de energia alto e compensatório, o futebol é a atividade de eleição do J onde a T e a F o acompanham.

O namorado de F é um sistema que atualmente tem um vínculo diferente com o agregado e um vínculo mais forte com a própria F. É de salientar que a T ainda vê esta situação com algum receio o que faz que o vínculo seja ténue, mas a F sente que tem um vínculo forte com o namorado, em quem confia e com quem passa algum tempo do seu dia, sendo que o namorado de F é presença regular na casa do agregado o que justifica o fluxo de energia alto e compensatório.

Em relação à escola da F, ela gosta de estudar e sente-se bem na escola, a T refere que a F se dedica bastante à escola, mas que nem sempre sente que isso seja valorizado, o que demonstra o fluxo de energia baixo da escola para com o agregado e alto contrariamente.

A escola do J é diferente, este frequenta o 1º ano do ensino básico. A T sente bastante apoio e um feedback muito positivo da escola acerca dos hábitos do J, o que a deixa com um vínculo intermedio com a escola e um fluxo de energia alto e compensatório.

As amigas de T, relacionam-se e frequentam a casa do agregado, tem um vínculo intermedio, o fluxo de energia é compensatório de ambas as partes.

O trabalho da T é um local que a T não vê só como trabalho, sente que é compreendida relativamente à monoparentalidade e tem margem para fazer uma gestão familiar a nível de horários que ela sente como uma ajuda importante, o que justifica um fluxo recíproco de um vínculo intermedio.

Relativamente à USF, o vínculo é fraco, mas com o fluxo de energia compensatório, apesar do seguimento planeado, sente que não existe uma atenção especial a uma criança prematura, o que provoca alguma inquietude na T. Atualmente também a F teve uma consulta com a sua enfermeira de família para falar sobre o início da vida sexual, o que deixou a T agradecida e mais segura.

Contexto

Segundo Wright & Leahey (2009), o contexto familiar integra cinco subcategorias fundamentais: etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente. No que se refere à família C, todos os seus elementos se identificam como pertencentes à raça caucasiana e à etnia branca (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Relativamente à classe social, a família reside em casa própria e com boas condições de habitabilidade, herdada de familiares, num ambiente calmo inserido num bairro residencial. A situação financeira é estável, embora a T não receba um vencimento muito elevado considera não ter grandes dificuldades por não ter encargos mensais elevados. Para melhor compreender e identificar a sua classe social, foi avaliada a escala de Graffar e, após a análise dos resultados, foi possível verificar que a família em questão se insere na classe média.

Relativamente à dimensão espiritual e religiosa, o agregado familiar declara-se de religião católica, embora sem prática regular.

3.4.1.2. Avaliação do Desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento da família, segundo o MCAF, inclui três subcategorias: etapas, tarefas e vínculos (Wright & Leahey, 2009).

A compreensão do desenvolvimento familiar assenta no conceito de ciclo vital da família, o qual descreve a evolução da família ao longo de diferentes etapas, integrando tarefas desenvolvimentais e processos de mudança ao longo do tempo. Este modelo permite analisar a família numa perspetiva dinâmica, identificando momentos de transição e pontos críticos

que influenciam o seu funcionamento, articulando o indivíduo, a família e o contexto envolvente (Martins, 2018).

Neste sentido, a avaliação do desenvolvimento familiar contempla três dimensões fundamentais: as etapas do ciclo vital, as tarefas desenvolvimentais e os vínculos estabelecidos entre os elementos da família (Figueiredo, 2012).

Relativamente à etapa do ciclo vital, a família C encontra-se na fase correspondente à família com filhos em idade escolar/adolescência, que é caracterizada pelas exigências relacionadas com a promoção da autonomia progressiva dos filhos, mantendo simultaneamente o suporte e a supervisão parental (Relvas, 2004; McGoldrick et al., 2011). Importa, contudo, referir que esta família vivencia também uma transição não normativa, derivada da rutura conjugal que existiu, e que veio implicar a existência de uma reorganização estrutural e funcional do sistema familiar.

No que respeita as tarefas do desenvolvimento, esta etapa implica a adaptação às exigências escolares e sociais dos filhos, a gestão do equilíbrio entre controlo parental e flexibilidade nas regras familiares, bem como a promoção da autonomia e individualização dos filhos (Figueiredo, 2012). No caso da família C, observa-se uma capacidade globalmente adequada no cumprimento destas tarefas, ainda que com desafios associados à sobrecarga da cuidadora principal, que poderá influenciar a dinâmica familiar e a gestão das responsabilidades.

Relativamente aos vínculos familiares, é de notar a existência de relações afetivas próximas entre os vários elementos do agregado familiar, verificando-se assim a existência de um bom nível de coesão familiar.

A relação entre a T e os filhos (F e J) tem um papel central e estruturante no funcionamento da família, o que proporciona um bom suporte emocional. Relativamente ao subsistema fraterno, a relação entre F e J configura uma díade com interação positiva, podendo funcionar como um elemento facilitador do equilíbrio familiar. No entanto, a presença de um vínculo conflituoso entre a T e o A, pode ser um fator de stress que poderá interferir na estabilidade emocional da família. É de notar que as diferentes dinâmicas existentes, mostram a importância de ter em conta não só os recursos existentes, mas também os fatores de vulnerabilidade que podem influenciar o desenvolvimento familiar ao longo do tempo.

A família C apresenta um desenvolvimento familiar adequado à etapa do ciclo vital em que se insere, e mostra capacidade adaptativa assim como recursos próprios considerados relevantes, mesmo com a existência de desafios que requerem atenção, principalmente ao nível da gestão da sobrecarga e das dinâmicas relacionais externas.

3.4.1.3. Avaliação Funcional

A avaliação funcional da família diz respeito às atitudes comportamentais. Existem duas categorias a avaliar, o funcionamento instrumental (atividades de rotina diária da família) e o expressivo, que engloba aspetos relativos à comunicação (Wright & Leahey, 2009).

Funcionamento Instrumental

De acordo com Wright & Leahey (2009), o funcionamento instrumental da família relaciona-se com a organização das rotinas diárias e com a realização das atividades necessárias ao seu funcionamento.

Neste sentido, recorreu-se ao modelo das atividades de vida diárias de Roper, Logan e Tierney, procedendo-se à avaliação da família e à identificação dos aspetos que merecem particular atenção em cada uma das dimensões (Roper et al., 2001).

Relativamente à manutenção de um ambiente seguro, a família demonstra preocupação tanto com a segurança física como emocional dos seus elementos. A prevenção de acidentes assume especial relevância, sobretudo no que respeita ao J, que ainda não possui plena noção de determinados perigos. Assim, são adotadas estratégias como a colocação de detergentes e medicação fora do seu alcance, bem como a supervisão ativa por parte da mãe. Ao nível da saúde, verifica-se o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, enquanto medida preventiva.

No domínio da comunicação, observa-se uma dinâmica familiar fluida, ocorrendo de forma aberta e sem interferências significativas. Apesar de o J ainda não compreender na totalidade alguns temas, participa nas interações familiares, revelando curiosidade e colocando diversas questões.

No que se refere à respiração, todos os elementos do agregado apresentam padrões adequados à sua faixa etária, não tendo sido identificadas alterações.

Relativamente à alimentação, a família evidencia hábitos alimentares saudáveis, com base numa dieta mediterrânica, sendo a confeção das refeições assegurada pela T. O filho J, ocasionalmente, necessita de incentivo para a ingestão de alguns alimentos, nomeadamente legumes.

Ao nível da eliminação, não são referidas alterações, sendo os padrões urinários e intestinais considerados adequados.

No que concerne à higiene pessoal e ao vestir, a família apresenta hábitos adequados. O J revela autonomia parcial, necessitando, por vezes, de ser lembrado para a realização da higiene oral.

Relativamente ao controlo da temperatura corporal, a T e a F demonstram conhecimentos adequados para a sua monitorização e gestão em caso de alteração. O J apresenta dependência parcial nesta atividade, necessitando do apoio da mãe.

No domínio da mobilidade, não são identificadas limitações, sendo todos os elementos independentes nesta atividade.

No que respeita ao trabalhar e distrair-se, a T encontra-se profissionalmente ativa, conseguindo conciliar a sua atividade laboral com as necessidades familiares. A F e o J frequentam estabelecimentos de ensino distintos, sendo a F autónoma nas suas deslocações, enquanto o J depende da mãe para essa gestão. A família partilha momentos de lazer, nomeadamente através da prática de natação. Para além disso, o J pratica futebol, enquanto a F realiza atividades como a corrida, e a T, sempre que possível, realiza caminhadas com as amigas.

Relativamente à expressão da sexualidade, a T refere ser sexualmente ativa, apesar de não manter uma relação conjugal com um elemento incluído no agregado familiar. A F, embora mantenha uma relação de namoro, não iniciou ainda a sua vida sexual.

No que concerne ao sono e repouso, a T refere dormir entre seis a oito horas por noite, embora nem sempre de forma reparadora, sobretudo quando o J se encontra doente e acorda durante a noite. A F não apresenta alterações no padrão de sono, referindo-o como adequado e repousante.

Por fim, no domínio da morte, a família já vivenciou perdas de pessoas significativas, experienciando sentimentos de tristeza, medo e reflexão. O J, pela sua idade, demonstra um menor nível de compreensão e integração destas experiências.

Para aferir o grau de dependência nas AVD's foi também aplicada a escala de Barthel que nos mostra que a T e a F são independentes e o J tem dependência ligeira.

Funcionamento Expressivo

O funcionamento expressivo inclui nove subcategorias, sendo estas: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e uniões (Wright & Leahey, 2009).

Na avaliação da componente expressiva da família C, foram avaliados os dados obtidos através da entrevista semiestruturada, a interpretação da FACES II, a escala de readaptação familiar de Holmes e Rahe e a escala de APGAR familiar de Smilkstein.

Relativamente à aplicação da escala FACES II à participante T, foi possível verificar através dos resultados obtidos um valor de 69 pontos na dimensão da coesão, sugerindo a presença de laços afetivos fortes entre os elementos do agregado, com proximidade emocional e partilha de atividades e responsabilidades. Relativamente à adaptabilidade, foi obtido um score de 54 pontos, indicando uma capacidade moderada de ajustamento da

família face a mudanças e exigências do quotidiano, com alguma flexibilidade na organização de papéis e na tomada de decisões. No geral, estes resultados apontam para uma família funcional, com níveis adequados de coesão e adaptabilidade, evidenciando recursos internos que favorecem o seu equilíbrio e capacidade de resposta às exigências do contexto familiar, sendo considerada um tipo de família moderadamente ligada.

Com a aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, obteve-se um score de 41, o que indica menor probabilidade de incidência de doença na família C.

Foi aplicada a escala de APGAR familiar de Smilkstein a todos os elementos do agregado, tendo-se obtido um score igual ou superior a 7, correspondendo à avaliação de família como altamente funcional.

Com base nestes instrumentos de recolha de dados, foi percebido e validado com a T que de um modo geral a família mantém um padrão de comunicação favorável à resolução de problemas e conflitos, facilmente comunicam o que sentem e o que precisam de forma perceptível dentro do agregado, a comunicação circular é realizada habitualmente com um padrão adaptativo.

A T assume-se como comunicativa, refere que desde que ficou sozinha tende a ser mais assertiva no que diz. A F, é mais reservada, próprio da faixa etária em que se encontra, mas a T refere que sempre que tem questões ela responde sempre o que a deixa tranquila. Relativamente ao J, é bastante comunicativo e gosta de partilhar o seu dia a dia durante as refeições, ainda não compreende alguns temas mas gosta sempre de questionar e se envolver.

Quando existe algum problema ou desafio, tentam encontrar soluções entre todos, apesar de ser da T a última palavra.

A T assume um papel de cuidadora da família, sendo a responsável pelo cuidado da casa, preparação de refeições, tratar das roupas, e de cuidadora dos filhos, assume também o papel da gestão financeira e trata dos assuntos mais burocráticos. Revela cansaço mas assume que nada pode ser feito de outra maneira, assumindo as tarefas como normais desde que ficou sozinha

A F já colabora bastante com algumas tarefas domésticas e mesmo na supervisão do irmão, mas a T refere saber que não lhe pode exigir esta responsabilidade, admitindo que agradece a ajuda que lhe é dada nas tarefas que considera e acredita serem suas.

A T é muito ligada aos dois filhos, considerando serem o mais importante que tem e refere que o relacionamento entre eles é equilibrado. Assim sendo, podemos considerar que os vínculos emocionais existentes entre os membros do agregado familiar são positivos e de apoio baseados na relação de amor e amizade existente entre eles, como representa a psicofigura de Mitchell.

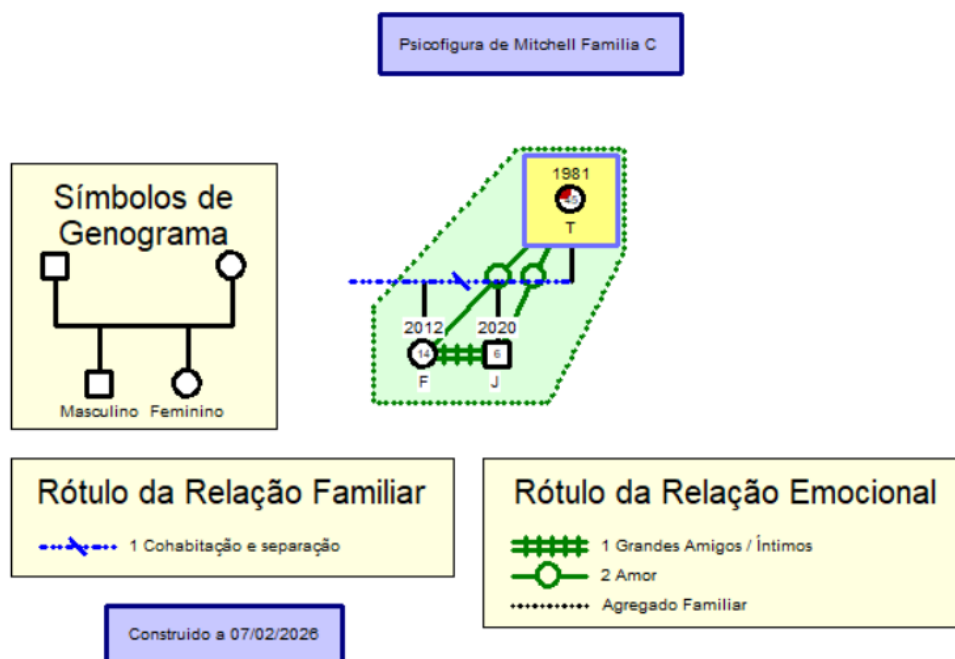


Figura 6 -Psicofigura de Mitchell da Família C. Fonte: Elaboração Própria

3.4.1.4. Avaliação da Sobrecarga do Cuidador

No contexto da avaliação familiar realizada à família C, surgem indicadores sugestivos de exigência acrescida no desempenho do papel de cuidador por parte da T, visto que é ela que assume a responsabilidade principal pela organização e gestão das dinâmicas familiares e cuidado aos filhos. A situação de monoparentalidade, assim como a necessidade de responder simultaneamente às exigências profissionais, às necessidades dos filhos e à gestão do quotidiano familiar, constitui um fator potenciador de sobrecarga e stress.

Acresce a este contexto a presença de outros fatores adicionais de stress, nomeadamente a relação conflituosa com o ex-companheiro e também as exigências associadas ao acompanhamento do J, sendo ele o filho mais novo e ainda uma criança com história de prematuridade e que requer maior supervisão. Estes fatores levam a que exista um cenário de maior vulnerabilidade, que pode comprometer o bem-estar da cuidadora e, consequentemente, o equilíbrio e funcionalidade da família.

A sobrecarga do cuidador é descrita como um fenómeno multidimensional, resultante das exigências físicas, emocionais, sociais e económicas associadas ao ato de cuidar, podendo ter impacto significativo na saúde e qualidade de vida do cuidador (Sequeira, 2010a). Torna-se assim fundamental a sua avaliação sistematizada, de forma a identificar necessidades e orientar a intervenção de enfermagem de modo a conseguir dar uma resposta adequada.

Assim, considerou-se pertinente a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, sendo este considerado um instrumento amplamente validado e utilizado na prática clínica, que permite avaliar a perceção subjetiva de sobrecarga associada ao cuidar, contemplando dimensões como a saúde, a vida social, a situação emocional e o impacto na vida pessoal do cuidador (Sequeira, 2010b). Para além disso, este instrumento encontra-se incorporado no Sistema de Informação e de registo clínico SClinico®.

Na sequência da sua aplicação à T, obteve-se um score de 63 pontos, o que corresponde na escala a um nível de sobrecarga intensa. Este resultado vem evidenciar uma perceção significativa de exigência e de desgaste associados ao papel de cuidadora, reforçando a necessidade de intervenção de enfermagem direcionada para o apoio à gestão do stress, à promoção do autocuidado e à mobilização de recursos de suporte, com vista à melhoria do bem-estar da cuidadora e à manutenção do equilíbrio familiar.

3.4.2. Diagnóstico, Planeamento e Implementação

Na sequência da avaliação inicial, o processo de enfermagem prosseguiu com a formulação dos diagnósticos de enfermagem, construídos a partir da identificação de problemas reais e potenciais em articulação com o utente e/ou família (Ribeiro et al., 2018). Posteriormente, procedeu-se à definição das intervenções e à elaboração do plano de cuidados, desenvolvido de forma colaborativa com o utente/família, com o propósito de responder às necessidades identificadas (Ribeiro et al., 2018). A etapa subsequente correspondeu à implementação, fase em que o plano de cuidados foi operacionalizado (Ribeiro et al., 2018).

A identificação e validação das necessidades de intervenção decorreram de um processo colaborativo entre o enfermeiro e a família.

A formulação dos diagnósticos, objetivos e intervenções baseou-se na terminologia da CIPE®, garantindo rigor e padronização terminológica.

Foco	Papel do prestador de Cuidados (Sobrecarga do Cuidador)
Juízo	Elevada
Crítérios de Diagnóstico	Identificar sinais de sobrecarga através da Escala de Zarit (score 63), relato de fadiga, sono não reparador e acumulação de papéis (monoparentalidade).

Diagnóstico de enfermagem	Sobrecarga do cuidador familiar elevada; Coping comprometido; Potencial para melhorar coping.
Intervenções realizadas	- Avaliar nível de sobrecarga do cuidador; - Avaliar estratégias de coping utilizadas; - Promover autocuidado da T; - Ensinar estratégias de gestão de stress; - Incentivar períodos de descanso; - Facilitar expressão de emoções; - Incentivar utilização da rede de suporte informal (amigas, família alargada); - Encaminhar para recursos de saúde (USF); - Monitorizar sinais de exaustão.
Avaliação e resultados obtidos	A cuidadora demonstra consciência da sua sobrecarga e adesão às estratégias propostas. Observa-se potencial para melhoria do bem-estar e redução progressiva da perceção de sobrecarga, mediante reforço do suporte e reorganização das rotinas familiares.

Tabela 2 - Plano de cuidados, Foco I

Foco	Papel parental
Juízo	Potencialmente comprometido
Crítérios de Diagnóstico	Identificar dificuldades na gestão do papel parental associadas à sobrecarga, monoparentalidade e exigências do cuidado ao J (história de prematuridade e maior necessidade de supervisão).
Diagnóstico de enfermagem	Desempenho do papel parental comprometido; Potencial para melhorar o desempenho do papel parental.
Intervenções realizadas	- Avaliar desempenho do papel parental; - Ensinar sobre tarefas desenvolvimentais da criança em idade escolar; - Promover estratégias de promoção da autonomia do J; - Apoiar na gestão das rotinas familiares; - Reforçar competências parentais;

	- Facilitar comunicação familiar; - Promover expressão emocional entre os elementos da família; - Incentivar práticas parentais positivas e consistentes.
Avaliação e resultados obtidos	A T demonstra competências parentais adequadas e motivação para melhorar. Verifica-se reforço da confiança no exercício do papel parental e maior adequação das estratégias educativas às necessidades dos filhos.

Tabela 3 - Plano de cuidados, Foco II

Foco	Processo familiar
Juízo	Funcional com potencial de melhoria
Critérios de Diagnóstico	Avaliar dinâmica familiar, identificando boa coesão e comunicação, mas com presença de fatores de stresse (relação conflituosa com ex-companheiro e suporte formal limitado).
Diagnóstico de enfermagem	Processo familiar funcional; Risco de comprometimento do processo familiar; Potencial para melhorar processo familiar.
Intervenções realizadas	- Avaliar padrões de comunicação familiar; - Promover comunicação eficaz; - Reforçar vínculos familiares; - Facilitar resolução de problemas; - Apoiar gestão de conflitos; - Incentivar atividades familiares conjuntas; - Promover utilização de recursos formais (USF); - Potenciar rede de suporte informal.
Avaliação e resultados obtidos	A família apresenta boa coesão e comunicação, mantendo funcionamento global adequado. Observa-se potencial para melhoria através do reforço da rede de suporte e da gestão dos fatores de stresse externos.

Tabela 4 - Plano de cuidados, Foco III

3.4.3. Avaliação Final

A etapa final do processo de enfermagem corresponde à avaliação, momento em que se analisam os resultados decorrentes das intervenções implementadas. Esta fase é essencial para determinar a efetividade do plano de cuidados e proceder à sua revisão ou reformulação, sempre que tal se justifique (Ribeiro et al., 2018).

A aplicação do Modelo Calgary à família C veio possibilitar uma compreensão abrangente do seu funcionamento, mostrando uma família globalmente estruturada, com papéis definidos e uma comunicação eficaz, constituindo estes aspetos importantes recursos internos para a adaptação às exigências do dia a dia.

Os diagnósticos de enfermagem identificados e as intervenções implementadas foram orientados por uma abordagem centrada na família, sustentada na evidência científica, com o objetivo de promover a saúde, reforçar competências e potenciar a capacidade adaptativa do agregado familiar. Destacou-se, neste contexto, a importância das forças da família, nomeadamente da coesão, da proximidade afetiva e da partilha de atividades, que se revelaram fundamentais para o equilíbrio familiar.

No entanto, a presença de fatores de vulnerabilidade, tais como a monoparentalidade, a sobrecarga da cuidadora principal e a existência de uma relação conflituosa com o ex-companheiro, são elementos que poderão interferir no funcionamento familiar a médio e longo prazo, o que leva à necessidade de uma monitorização contínua. A história de prematuridade do J, associada à necessidade de uma maior supervisão, aumenta as exigências colocadas à T, contribuindo para o aumento da perceção de sobrecarga.

Durante o acompanhamento, foi possível observar uma verdadeira preocupação da T com o bem-estar dos filhos, evidenciando competências parentais adequadas e disponibilidade para a mudança. As intervenções desenvolvidas com a família, centraram-se na promoção de estratégias de coping adaptativas, no incentivo ao autocuidado e na mobilização da rede de suporte, com a intenção de promover uma maior consciencialização das fontes de stress e da necessidade de aquisição de estratégias para a sua gestão.

A relação terapêutica estabelecida revelou-se um elemento facilitador na adesão às intervenções propostas, o que permitiu a existência de ganhos ao nível do bem-estar familiar e da funcionalidade do agregado. Verificou-se ainda um potencial de melhoria a nível do reforço da rede de apoio e na gestão da sobrecarga da T, aspetos essenciais para a manutenção do equilíbrio familiar a longo prazo.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E/OU DESENVOLVIDAS

O percurso realizado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, constituiu uma oportunidade privilegiada de desenvolvimento pessoal, científico e profissional.

Durante o percurso enquanto mestrando é necessário visar a obtenção de conhecimentos e compreensão em contexto de investigação, é importante saber aplicar os conhecimentos obtidos na resolução de problemas em contextos profissionais, ter capacidade de reflexão e diferença em questões éticas e sociais perante questões que surjam e ter a capacidade de comunicar de forma clara as conclusões obtidas, é necessário ter competências e seguir em busca de aprendizagem de forma autónoma (Decreto-Lei nº 65/2018). A articulação entre os conteúdos teóricos, a reflexão crítica e a prática clínica desenvolvida em contexto de estágio permitem consolidar competências comuns do enfermeiro especialista, aprofundar competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e, simultaneamente, desenvolver as competências inerentes à obtenção do grau de mestre. A aprendizagem contínua a nível formativo é de extrema importância na aquisição de novas competências e no aprimoramento das competências já existentes.

Mais do que a execução de atividades, este percurso exigiu capacidade de análise, tomada de decisão, integração da evidência científica e adaptação das intervenções às necessidades concretas das famílias acompanhadas.

A análise deste percurso torna possível a reflexão, de forma crítica e fundamentada, dos contributos das experiências desenvolvidas ao longo dos estágios, bem como das aprendizagens adquiridas no percurso teórico, evidenciando assim a forma como estas se traduziram no desenvolvimento de competências profissionais diferenciadas assim como no desenvolvimento a nível pessoal.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista constituem um referencial transversal a todas as áreas de especialidade, transpondo a capacidade de prestar cuidados especializados com rigor científico, técnico, ético e relacional. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), estas competências organizam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão

dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao longo do presente percurso formativo, estes domínios foram sendo progressivamente desenvolvidos e consolidados através da prática clínica, da reflexão crítica, da investigação e da participação em atividades científicas e formativas.

As competências comuns do enfermeiro especialista constituem um referencial estruturante da prática profissional, sustentado em princípios científicos, éticos, deontológicos e legais que orientam o exercício da enfermagem. Neste âmbito, o enquadramento jurídico da profissão, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, assume-se como um pilar fundamental na definição das competências, direitos e deveres dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Assim, assume-se que Enfermeiro especialista, é aquele a quem a Ordem dos Enfermeiros reconhece “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Lei nº 156/2015, p.8061).

A prática de enfermagem tem uma importante base científica, mas também se baseia numa forte componente ética e relacional, sendo inseparável dos princípios da dignidade humana, da autonomia e da responsabilidade profissional. A deontologia profissional constitui, neste contexto, um conjunto de normas orientadoras da ação, fundamentadas em princípios éticos que visam a proteção da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados (Nunes, 2008).

O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista ocorre no aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 140/2019), numa lógica integrada, articulando o saber científico com o saber ético, promovendo uma prática clínica reflexiva e centrada na pessoa e na família em constante atualização.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O exercício profissional do enfermeiro especialista exige uma prática orientada por princípios éticos, deontológicos e legais, constituindo estes elementos a base para a prestação de cuidados seguros, responsáveis e de qualidade. De acordo com o REPE, o enfermeiro é responsável pelos cuidados que presta, devendo atuar com competência, responsabilidade e respeito pela dignidade da pessoa humana (Decreto-Lei n.º 161/96).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros reforça esta dimensão ao estabelecer que o exercício da profissão deve pautar-se pelo cumprimento das normas deontológicas e pela

salvaguarda dos direitos dos cidadãos, promovendo cuidados de enfermagem de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Assim e segundo a OE (2019), o Enfermeiro Especialista “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores praticas e nas preferências do cliente” (p.4746).

A ética em enfermagem implica a capacidade de tomar decisões em contextos complexos, muitas vezes na presença de incerteza e dilemas morais. Neste contexto, a prática profissional exige uma reflexão contínua sobre os valores que orientam a ação, nomeadamente o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Nunes, 2008).

Ao longo deste percurso formativo, esta competência foi desenvolvida através da adoção de uma prática ética e legalmente fundamentada, nomeadamente pela aplicação dos princípios da deontologia profissional, pelo respeito pelos direitos humanos e pela obtenção do consentimento informado junto da família envolvida no estudo de caso.

Tal como preconizado pela OE (2015b), foi mantido o respeito pela dignidade humana, pela autonomia, pela beneficência, a não maleficência, a justiça, mantendo a confidencialidade e fidelidade aos compromissos, assumindo com responsabilidade a tomada de decisão nos cuidados de saúde.

Durante os estágios na USF, foi mantida a equidade de direitos aos utentes, possibilitando a participação ativa destes na tomada de decisão tendo em conta as suas necessidades e preocupações, mantendo o respeito pelas suas opiniões e preferências.

Foi considerada cada pessoa como um ser único e todo o trabalho foi regido com base no respeito pelas decisões e escolhas de cada utente inserido no seu contexto familiar.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui um eixo essencial na prática do enfermeiro especialista, implicando uma abordagem sistemática e reflexiva na prestação de cuidados. O enquadramento legal da profissão atribui ao enfermeiro um papel ativo na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, reforçando a necessidade de práticas baseadas na evidência científica (Decreto-Lei n.º 161/96; Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

A qualidade nos cuidados de saúde não se limita à eficácia técnica das intervenções, mas integra várias dimensões como a segurança, a humanização e a satisfação das necessidades das pessoas e famílias. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel dinamizador na implementação de práticas que promovam ambientes terapêuticos seguros e centrados na pessoa.

Ao longo deste percurso, nomeadamente no âmbito do estudo de caso realizado, a melhoria contínua da qualidade foi promovida através da implementação de intervenções baseadas na evidência científica na área da parentalidade na prematuridade, bem como pela elaboração de materiais informativos dirigidos à família, contribuindo para o seu empoderamento e para a melhoria dos cuidados prestados. Simultaneamente, foi assegurada a validação contínua das atividades assim como a sua pertinência junto da enfermeira orientadora, de forma a garantir a qualidade das intervenções assim como os benefícios à família a quem se dirigiram.

Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados constitui uma competência central do enfermeiro especialista, implicando a capacidade de organizar, coordenar e otimizar os recursos disponíveis, possibilitando uma resposta adequada às necessidades das pessoas e das famílias.

Com vista a serem desenvolvidas as competências de enfermeiro especialista neste domínio, como contemplado no Regulamento n.º 140/2019, “... a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas” e “... adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p.4748).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros destaca a importância da articulação entre profissionais e da organização dos cuidados como elementos fundamentais para a qualidade dos serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel de liderança na gestão dos cuidados, promovendo a colaboração entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e assegurando a continuidade e integração dos cuidados.

Durante os estágios, esta competência foi desenvolvida através da articulação com a equipa da Unidade de Saúde Familiar, promovendo o envolvimento dos diferentes intervenientes no estudo de caso, essencialmente com vista ao desenvolvimento de estratégias personalizadas e garantindo uma gestão eficiente dos recursos humanos, materiais e temporais. Dentro ainda do âmbito da gestão, houve a oportunidade de efetuar uma aprendizagem em diversas vertentes, tendo sido chamado a participar na triagem de utentes para o Plano Nacional de Vacinação de acordo com as vacinas disponíveis, assim como a participar em reuniões com o intuito de solucionar lacunas dentro da USF, como por exemplo as faltas dos utentes a consultas marcadas e a capacidade de dar resposta à visitas domiciliárias a pessoas mais dependentes que solicitam mais consultas domiciliárias.

Foi, então, possível verificar que a correta gestão de recursos é de extrema importância para o funcionamento das unidades de saúde, assim como para a capacidade de dar resposta às necessidades da população.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um princípio fundamental da prática de enfermagem, estando associado à necessidade de atualização contínua do conhecimento e à melhoria da qualidade dos cuidados.

A enfermagem, enquanto disciplina científica, exige uma prática baseada na evidência, implicando uma constante procura e integração do conhecimento científico na tomada de decisão clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

A permanente necessidade de aquisição e atualização de conhecimentos constitui um elemento estruturante da profissão de enfermagem, orientando o exercício profissional para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para uma tomada de decisão sustentada em evidência científica. Como refere o Regulamento n.º 140/2019, o “enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais...” e “...alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4749).

A dimensão ética da profissão reforça igualmente a responsabilidade do enfermeiro no seu desenvolvimento profissional, assumindo uma postura autónoma e reflexiva no processo de aprendizagem ao longo da vida (Nunes, 2008).

Ao longo deste percurso percorrido no Curso de Mestrado, foi adotada uma postura proativa na aquisição de conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica contínua na área da parentalidade na prematuridade e da implementação de intervenções baseadas na evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas e para a promoção do empoderamento parental.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, as competências específicas encontram-se orientadas para uma abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados, contemplando simultaneamente cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas diferentes transições de saúde. Os conceitos de promoção da saúde e prevenção da doença assumem ainda mais um papel preponderante na atuação do enfermeiro.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), estas competências distribuem-se por dois grandes domínios: cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro especialista em enfermagem familiar ocupa um lugar importante dentro da comunidade, sendo ele responsável por garantir cuidados às famílias, devendo fazê-lo de forma integral e adequada às necessidades de cada sujeito, com base no seu conhecimento e na evidência científica que rege a sua profissão.

A experiência desenvolvida em contexto de estágio, permitiu concretizar estas competências através da avaliação familiar sistematizada, da implementação de intervenções promotoras da parentalidade na prematuridade e da articulação com diferentes recursos e profissionais.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, assumem-se como centrais na prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidados, exigindo uma abordagem sistémica, integradora e baseada na evidência. De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, o enfermeiro especialista “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” e “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19355).

Ao longo deste percurso formativo, estas competências foram desenvolvidas de forma progressiva e integrada, através da implementação de intervenções dirigidas à promoção da parentalidade na prematuridade, permitindo articular o conhecimento teórico com a prática clínica em contexto real. Para além disso, foram também prestados cuidados a outras famílias no âmbito da promoção da saúde materna, ao nível da saúde infantil e juvenil, ao nível da saúde do adulto e da saúde do idoso.

Cuida a família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos à pessoa de forma holística, pessoa essa inserida num meio familiar, com crenças e valores próprios. Neste âmbito, o papel do enfermeiro especialista vai mais além, pois deve ter em conta todas as necessidades da pessoa e considerá-las de forma a dar uma resposta efetiva através da sua prestação de cuidados.

O desenvolvimento desta competência implicou a mobilização de uma visão sistémica da família, entendida como um sistema em constante interação, influenciado por múltiplos fatores internos e externos (Wright & Leahey, 2009). Neste sentido, houve a oportunidade de cuidar

de famílias que se encontravam em diferentes etapas do ciclo de vida familiar e a vivenciar diversas transições.

Por exemplo, no âmbito da família que integrou o estudo de caso apresentado neste Relatório de Estágio, é importante salientar que a transição para a parentalidade, particularmente quando associada à prematuridade, é considerada uma transição complexa e potencialmente geradora de vulnerabilidade e stress, exigindo uma intervenção diferenciada por parte do enfermeiro especialista.

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, as transições de saúde, como a parentalidade, implicam processos de adaptação que podem ser facilitados ou comprometidos pela presença de fatores de risco e de suporte, sendo fundamental a intervenção de enfermagem no sentido de promover uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Durante os estágios, foi essencial consolidar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares da área de especialização, aplicando-os na avaliação e intervenção junto da família com criança prematura. A avaliação familiar foi realizada com recurso ao Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), permitindo compreender a sua estrutura, o seu desenvolvimento e o funcionamento familiar, bem como identificar necessidades e recursos.

Procedeu-se à avaliação dos conhecimentos da família C relativamente à parentalidade na prematuridade, reconhecendo que a literacia em saúde influencia a capacidade de adaptação, tomada de decisão e gestão das exigências associadas ao cuidar (Figueiredo, 2012). Com base nesta avaliação, foram implementadas intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade, centradas no reforço das competências parentais, na promoção de contextos familiares seguros e na capacitação da família para lidar com as exigências específicas da prematuridade a longo prazo. Estas intervenções foram sustentadas na evidência científica e orientadas para a promoção do desenvolvimento infantil e do bem-estar familiar.

Durante as consultas, as abordagens foram ajustadas não só às faixas etárias, mas também às particularidades de cada elemento da família que foram sendo identificadas. Considera-se que foi possível criar uma relação terapêutica com a família, com base na confiança e empatia estabelecidas, o que assumiu um papel determinante. Como refere Figueiredo (2012), a intervenção do enfermeiro de família deve assentar numa relação de parceria, promovendo a autonomia e o empoderamento da família. Para além disso, foi desenvolvido um poster informativo sobre a parentalidade na prematuridade, contribuindo para a promoção da literacia em saúde e facilitado o acesso à informação por parte da família do estudo de caso.

A monitorização e avaliação das intervenções realizadas permitiram aferir a sua efetividade, evidenciando ganhos ao nível da capacitação parental, da adaptação à condição de prematuridade e do fortalecimento do funcionamento familiar.

Para além dos cuidados que foram prestados à família C, no âmbito da temática escolhida para aprofundar ao longo dos dois estágios, foi igualmente possível proceder à avaliação e à intervenção nas várias famílias acompanhadas nos diferentes programas de saúde, tendo-se passado a sustentar a metodologia científica do processo de enfermagem no MCAIF, o que permitiu um cuidar mais aprofundado, sistematizado e ajustado às necessidades sentidas e expressas pelas famílias e aos diagnósticos de enfermagem formulados.

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

O desenvolvimento desta competência verificou-se na capacidade de envolver a equipa de saúde na promoção de cuidados centrados na família, reforçando a importância do trabalho colaborativo e multidisciplinar na resposta às necessidades das várias famílias, nomeadamente da família com criança prematura.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel ativo na coordenação e dinamização de intervenções, promovendo a integração de cuidados e a utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Assim, foi promovido o envolvimento da equipa de enfermagem da USF, por exemplo, na área da parentalidade na prematuridade, através da realização de sessões de esclarecimento e reuniões temáticas centradas no empoderamento dos pais e no desenvolvimento de competências parentais. Estas iniciativas contribuíram para a melhoria da prática clínica, promovendo a uniformização de cuidados e a incorporação da evidência científica.

Ficou, portanto, evidente que a articulação entre profissionais permitiu potenciar recursos existentes e promover uma resposta mais eficaz e centrada nas necessidades reais das famílias.

O papel de liderança foi ainda evidenciado na promoção da reflexão crítica e na sensibilização da equipa multidisciplinar para, por exemplo, a importância da intervenção precoce na parentalidade em contexto de prematuridade, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim sendo, o desenvolvimento desta competência permitiu não só reforçar a capacidade de intervenção do mestrando como futuro enfermeiro especialista, mas permitiu também promover uma cultura de cuidados centrados na família, sustentados na evidência científica e orientados para ganhos em saúde.

4.3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

A obtenção do grau de mestre em Enfermagem tem em conta o desenvolvimento de um conjunto de competências avançadas, nomeadamente ao nível da aquisição e integração de conhecimentos, da capacidade de análise crítica, da resolução de problemas em contextos complexos, da comunicação científica e da aprendizagem contínua. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, estas competências visam capacitar o profissional para a aplicação de conhecimentos em contextos diferenciados, bem como para a produção e disseminação de novo conhecimento.

Ao longo do presente percurso formativo, estas competências foram progressivamente desenvolvidas, sustentadas na articulação entre o ensino teórico, a prática clínica e a investigação, com especial enfoque ao nível da parentalidade na prematuridade.

Aquisição e aprofundamento de conhecimentos

Neste âmbito, ao longo do Curso de Mestrado, foi realizada pesquisa bibliográfica contínua sobre a temática da parentalidade na prematuridade e sobre o empoderamento parental, permitindo sustentar teoricamente as intervenções desenvolvidas no estudo de caso. A elaboração da revisão da literatura constituiu um contributo relevante para a consolidação do conhecimento científico, possibilitando a análise crítica da evidência mais recente nesta área.

Este processo revelou-se de extrema importância para a construção e consolidação de conhecimentos, permitindo não só compreender a complexidade da prematuridade e do seu impacto na família, mas também identificar estratégias de intervenção eficazes, com base na evidência.

Para além desta temática da prematuridade, houve também a necessidade de ir aprofundando o conhecimento noutras áreas dentro da Enfermagem de Saúde Familiar, atendendo às necessidades que foram sendo sentidas ao longo do período teórico do Curso de Mestrado em Enfermagem, bem como atendendo às especificidades e necessidades apresentadas pelas várias famílias acompanhadas ao longo dos dois estágios realizados neste percurso.

Aplicação do conhecimento e resolução de problemas em contextos complexos

A capacidade de aplicar conhecimentos em contextos reais foi desenvolvida, principalmente durante os estágios realizados na Unidade de Saúde Familiar, onde foi possível implementar cuidados de enfermagem especializados e dirigidos.

A intervenção junto da família com criança prematura exigiu a mobilização de conhecimentos teóricos em situações específicas e a implementação de intervenções promotoras da parentalidade na prematuridade permitiu desenvolver competências ao nível da tomada de decisão, da adaptação das estratégias de intervenção e da resolução de problemas.

Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma prática clínica mais reflexiva, autónoma e fundamentada, permitindo responder de forma adequada às necessidades identificadas na família C.

Similarmente, este processo foi aplicado a todas as outras situações das famílias acompanhadas nas consultas de enfermagem ao longo dos dois estágios.

Integração de conhecimentos e tomada de decisão em contextos complexos

A integração de conhecimentos e a capacidade de lidar com situações complexas foram desenvolvidas através da avaliação sistemática das famílias e da elaboração dos planos de cuidados ajustados às suas necessidades.

No que se refere, por exemplo, ao estudo de caso realizado, a complexidade da prematuridade, associada às suas implicações ao nível do desenvolvimento infantil e da dinâmica familiar, exigiu a consideração de múltiplas dimensões (clínicas, emocionais, sociais e éticas) na tomada de decisão.

Neste contexto, a reflexão crítica sobre a prática revelou-se essencial, permitindo analisar as implicações das intervenções implementadas e ajustar os cuidados prestados, tendo sempre em atenção os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão.

Comunicação científica e disseminação do conhecimento

A competência de comunicação foi desenvolvida ao nível da capacidade de transmitir conhecimento de forma clara, estruturada e fundamentada sempre que necessário e com discurso adequado a cada situação.

A elaboração do relatório final de estágio constituiu, por exemplo, um dos momentos fundamentais para a consolidação desta competência, exigindo a organização do pensamento crítico e a apresentação estruturada dos resultados obtidos. Outro momento de demonstração da aquisição desta competência foi a divulgação de informação sobre a prematuridade à equipa da USF onde decorreram os estágios. Pode-se ainda mencionar os vários momentos de apresentação de trabalhos elaborados e apresentados durante a componente teórica e teórico-prática do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Aprendizagem ao longo da vida e autonomia

O desenvolvimento desta competência traduziu-se na adoção de uma postura proativa na aquisição e atualização de conhecimentos, reconhecendo a aprendizagem como um processo contínuo e autónomo ao longo do meu percurso.

A realização de pesquisa bibliográfica durante os 3 semestres que constituíram a duração do Curso de Mestrado, a realização do projeto e a elaboração deste relatório de estágio final contribuíram para o aumento do desenvolvimento, da autonomia e da capacidade de autoaprendizagem.

Esta competência é essencial na prática profissional, pois permite a adaptação às constantes evoluções científicas e tecnológicas, garantindo a prestação de cuidados atualizados e de qualidade.

A análise integrada das competências desenvolvidas evidencia uma evolução consistente ao longo deste percurso, da capacidade crítica e da produção de conhecimento, tendo-se traduzido numa atuação profissional mais autónoma, reflexiva e centrada na família.

CONCLUSÃO

Com elaboração do presente relatório foi possível demonstrar todo o percurso de desenvolvimento de competências realizado durante este processo formativo, com vista à conclusão do Curso de Mestrado em ESF, através da realização de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas tendo como objetivo, a aquisição e desenvolvimento de competências assim como de conhecimentos de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências para obtenção de grau de mestre.

Ao longo deste percurso, foi possível integrar práticas baseadas na mais recente evidência científica e todo o percurso académico foi de extrema importância para a aquisição dos resultados esperados.

O Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária na vertente Enfermagem de Saúde Familiar, é considerado como o profissional com capacidades bem definidas e consistentes, baseadas nos conhecimentos que possui, sendo aquele com maior capacidade de resposta às necessidades das famílias ao longo do ciclo vital. Perante os desafios que encontra na sua prática diária, possui capacidades de adaptação e atuação com base na evidência não descurando a relação de ajuda baseada na confiança e empatia que consegue estabelecer. Vê a pessoa como um todo em todas as suas vertentes e respeita as suas crenças e valores mesmo nas situações complexas com que muitas vezes se depara e que conferem complexidade ao sistema familiar.

A aplicação do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar permitiu uma compreensão aprofundada da estrutura, do funcionamento e do desenvolvimento familiar, demonstrando uma família globalmente funcional, com boa coesão, comunicação eficaz e relações afetivas consistentes. No entanto, foram também identificadas áreas de atenção, nomeadamente ao nível da sobrecarga da cuidadora principal que se verificou ser elevado e do desempenho do papel parental, num contexto marcado por exigências acrescidas associadas à monoparentalidade e à história de prematuridade do filho mais novo.

A prematuridade por si só, acarreta desafios não só a curto, mas muitas vezes também a longo prazo. O nível de exigência, as incertezas e os medos, causam nas famílias com crianças prematuras muitas vezes sentimentos de incerteza e incapacidade de dar resposta às necessidades específicas da criança. Durante este percurso, as intervenções de enfermagem implementadas centraram-se principalmente na capacitação da família, na

promoção do empoderamento parental e no reforço das estratégias de coping, o que veio contribuir, tal como foi possível verificar, para a melhoria da perceção da competência parental e para o fortalecimento do funcionamento familiar. A valorização da rede de suporte, a consciencialização das necessidades e o incentivo ao autocuidado da cuidadora revelaram-se fundamentais na promoção do equilíbrio familiar.

Com a realização deste trabalho, e tendo em conta a família que foi objeto de estudo, foi possível consolidar a importância da abordagem sistémica na intervenção em enfermagem de saúde familiar, evidenciando que a compreensão do contexto e das dinâmicas familiares é determinante para a execução de diagnósticos de enfermagem, para a realização dos planos de cuidados e principalmente para a adequação das intervenções às necessidades reais da família com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Do ponto de vista crítico, é importante reconhecer que a intervenção foi condicionada por algumas limitações, nomeadamente pelo tempo reduzido de acompanhamento da família em estudo e a escassez de tempo que não permite a existência de uma avaliação longitudinal dos resultados a longo prazo. Ainda assim, os resultados obtidos permitem verificar a existência de um impacto positivo causados por esta atuação junto da família no que respeita à parentalidade em contexto de prematuridade.

O trabalho desenvolvido reforça a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar enquanto elemento-chave no acompanhamento e na capacitação das famílias, com o intuito de facilitar as diversas transições que vão surgindo ao longo do ciclo vital. O seu papel é igualmente preponderante na promoção da saúde familiar. A integração de modelos teóricos, como o Modelo Calgary e a Teoria das Transições de Meleis, foi fundamental pois possibilitou uma prática estruturada, reflexiva e com base na evidência.

Futuramente, considera-se pertinente o desenvolvimento de intervenções estruturadas e programas específicos dirigidos às famílias com crianças prematuras nos Cuidados de Saúde Primários de forma a dar resposta às necessidades encontradas e que surgem associadas a esta temática, bem como a realização de estudos que permitam avaliar o impacto das intervenções realizadas, a médio e longo prazo, de forma a manter de forma contínua a busca pela prestação de cuidados de excelência.

Desta forma, conclui-se que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar é um contributo essencial no que respeita à promoção do bem-estar e da funcionalidade familiar, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade, como é o caso da prematuridade, reforçando a importância de uma prática centrada na família, sustentada na evidência científica e orientada para ganhos efetivos em saúde.

A este percurso formativo, marcado por um crescimento tanto pessoal como profissional no que concerne ao desenvolvimento de competências, respeito pela ética associada à

profissão assim como pelo pensamento crítico e reflexivo, destaca-se ainda uma dimensão pessoal que importa destacar. Apesar de exercer funções há mais de cinco anos em contexto de Serviço de Urgência e no Pré-hospitalar, serviços caracterizados pela necessidade uma intervenção rápida e centrada na resposta à situação aguda, a vivência da enfermagem neste contexto de saúde familiar revelou-se profundamente transformadora. O contacto próximo com as famílias, a compreensão das suas dinâmicas e a possibilidade de intervir de forma contínua e estruturada despertaram no mestrando um particular interesse pelo envolvimento nesta área, pois vieram reforçar o significado do cuidar numa perspetiva mais abrangente, integrada e talvez até humanizada.

De ressaltar, que a escolha da temática da parentalidade na prematuridade encontra-se intimamente ligada à própria experiência pessoal do mestrando. Esta vivência permitiu uma maior sensibilidade e empatia na abordagem às famílias em situações semelhantes, dando ainda mais significado às intervenções desenvolvidas. Assim, pode-se afirmar que este percurso não só contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas, como também consolidou no mestrando, uma visão mais humanizada e centrada na família, despertando um verdadeiro interesse e paixão pela área da enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2021). Um olhar sobre a grande prematuridade: A investigação com bebés nascidos com menos de 32 semanas de gestação. In M. Fuertes, C. Nunes, J. Rosa, A. R. Almeida, & S. Esteves (Eds.), *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce II* (pp. 25–48). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.115>
- Azevedo, A. S. C. A. (2023). *Curriculum vitae: Volume I – Corpo curricular*. USF Plátano – ACES São Mamede.
- ACSS (2022). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. Acedido em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo* (4.ª ed.). Edições 70
- Brígido, E. (2013). Michel Foucault: Uma análise do poder. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, 4, 56. <https://doi.org/10.7213/rev.dir.econ.socioambiental.04.001.AO03>
- Caeiro, R. T. (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. <https://www.uc.pt/site/assets/files/783626/regclinmgf.pdf>
- Cooke, M. (2019). Commentary: Lessons learnt: Examining the use of case-study methodology for nursing research in the context of palliative care. *Journal of Research in Nursing*, 24(6), 460–461. <https://doi.org/10.1177/1744987119873206>
- Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS]. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-115487993>
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 93. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-382036>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, n.º 205/1996, Série I-A, 2959–2962. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-346026>

- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de agosto. (2017). XXI Governo Constitucional. *Diário da República*, I Série, n.º 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, Série II, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-118746399>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, Série II, n.º 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124662046>
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*, n.º 149, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. (2007). Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 161. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-661609>
- Deodato, S. (2022). Ética da investigação em saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (1.ª ed., pp. 97–106). Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008a). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma: Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus* (Norma n.º 002/2011). DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar* (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Repositório Aberto.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary De Avaliação Da Família Aos Focos Da Prática De Enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 552-559. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Vitor, C. (2023). Escala de Graffar; In Figueiredo, M. H, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed – pp. 353-356). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023). Ecomapa. In Figueiredo, M. H, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed – pp.350-351). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantas, M. J. (2023). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed – pp.359-360). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantas, M. J. (2023). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale- FACES. In Figueiredo, M. H. *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed – pp.361-368). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M.H. (2023). Princípios de Entrevista Familiar Sistémica. In Figueiredo, M.H. *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed – pp.407-416). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., et al. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Lidel.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (n.d.). PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_2019.pdf
- Gimeno, A. (2003). *A família – o desafio da diversidade*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Grazina, V. (2015). *Avaliação funcional das pessoas internadas no serviço de cirurgia geral: Aplicação da escala de Barthel* (Relatório de Trabalho de Projeto, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11692/1/Relat%C3%B3rio%20de%20trabalho%20de%20projeto%20-%20Vera%20Grazina.pdf>

- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2.^a ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Estatísticas demográficas 2021. INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). População residente em Portugal: estimativas para 2024. INE
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Diário da República, 1.^a série, n.º 181. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Mambrol, N. (2018). *Key Theories of Judith Butler*. Literary Theory and Criticism. <https://literariness.org/2018/03/11/key-theories-of-judith-butler/>
- Martins, A. R. R. (2018). *Revisão sistemática do ciclo vital da família* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/356>
- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2011). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (4th ed.). Pearson.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Mestre, T. D. (2024). *Estudo de Caso de uma Família Guião orientador para Entrevista*. Instituto Politécnico de Beja. Curso de Licenciatura em Enfermagem.
- Mishel, M. H. (1988). *Uncertainty in illness*. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Ministério da Saúde. (2024). Despacho n.º 14237/2024, de 2 de dezembro. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 233. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14237-2024-163843938>
- Minuchin, S. (2003). *Famílias y terapias familiar* (Octava reimpressão). Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Minuchin, S; Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Editora Artes Médicas Sul, Lda.
- Moreira, A. I. M. P. B. (2006). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família* (2.^a ed.). Formasau
- Nunes, L. (2008). *Fundamentos éticos da deontologia profissional*. Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015d). Regulamento n.º 367/2015. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 124. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115643695>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-118746003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital das famílias: Perspetiva sistémica* (3.ª ed.). Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e20170174. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Climepsi Editores.
- Sequeira, C. (2007). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*. Climepsi Editores.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Vara, L. R. A. (1996). Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1(1), 5–52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>
- Villa, M. P., Diomedi, F., Miconi, A., Bonci, E., Laudati, G., & Montesano, M. (2019). Premature birth: Long-term consequences on the health of the child and on the family. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 8(1), e080105. <https://doi.org/10.7363/080105>
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
- Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª ed.). Editora Roca Ltda
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

APÊNDICE

Apêndice A - Guião de entrevista semi estruturada e aplicação de instrumentos de avaliação familiar

Guião de Entrevista semi estruturada e aplicação de instrumentos de avaliação familiar:

Guião de Entrevista semi estruturada (adaptada do modelo cedido por Mestre (2024) e aplicação de instrumentos de avaliação familiar:

1ª parte

●Pode contar-nos um pouco acerca da sua família? (desenvolver genograma e ecomapa, readaptação familiar, graffar)

●Pode descrever, de forma sumária, o seu dia-a-dia?

●E o que a preocupa mais? (identificar os focos de atenção)

2ª parte

1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

1.1. Interna

1.1.1. Quem faz parte da família?

1.1.2. Enumere as pessoas que fazem parte do agregado familiar

1.1.3. Vive mais alguém convosco?

1.1.4. Tem filhos? Se sim, quantos?

1.1.5. Qual é o mais velho? Que idade tem? E o seguinte?

1.1.6. Qual é o papel de cada membro da família?

1.1.7. Consegue descrever as funções de cada membro?

1.2. Externa

1.2.1. Quem constitui a sua família alargada?

1.2.2. Qual a sua relação com a família alargada? E os restantes membros do agregado familiar?

1.2.3. Existe algum conflito com um ou vários elementos da sua família alargada?

1.2.4. Esses elementos apoiam a sua família? Em quê? E quando?

1.2.5. Existe alguma rede de apoio fora da família extensa?

1.2.6. Que instituições interagem regularmente com a família? E de que forma a influenciam?

1.3. Contextual

1.3.1. Nasceu onde?

1.3.2. E o seu marido?

1.3.3. Os seus filhos nasceram onde?

1.3.4. Qual a sua profissão?

1.3.5. A situação financeira da família influencia de algum modo o recurso da mesma a cuidados de saúde?

1.3.6. Qual a sua religião? E dos restantes elementos do agregado?

1.3.7. Considera que o espaço da sua habitação tem espaço suficiente para o número de elementos da família?

1.3.8. A sua habitação tem condições de saneamento básico?

1.3.9. E aquecimento?

1.3.10. Considera que é suficientemente arejada e ventilada?

1.3.11. Como classifica a localização da sua casa?

1.3.12. Como percebe/vê a relação da família com a vizinhança?

2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

2.1. Vínculos

2.1.1. Como classifica a sua relação com os outros membros da família?

2.1.2. E os restantes elementos da família?

2.1.3. Com quem tem maior proximidade? E menor?

2.1.4. Identifica relações distantes com outros membros da família? Como as caracteriza? Que motivos causaram esse distanciamento?

2.1.5. Identifica cumplicidade com outros membros da família? E sente reciprocidade nesse vínculo?

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

3.1. Instrumental

3.1.1. Manter um ambiente seguro

3.1.1.1. Alguma vez teve algum acidente em sua casa? Se sim, como ocorreu?

3.1.1.2. Considera que a sua habitação é segura para a família?

3.1.1.3. Todos os elementos do agregado têm o plano de vacinas atualizado? Os elementos da família que tomam medicação regular têm conhecimento sobre a sua toma e cumprem a toma da terapêutica?

3.1.1.4. Os elementos do agregado que têm antecedentes pessoais têm conhecimento relativos aos mesmos?

3.1.1.5. Reconhecem sinais de alerta?

3.1.2. Comunicar

3.1.2.1. Considera que a família comunica entre si?

3.1.2.2. Identifica alguma dificuldade de comunicação entre a família?

3.1.2.3. Costuma ter com quem conversar?

3.1.2.4. Existe alguma situação que o torne menos comunicativo?

3.1.3. Respirar

3.1.3.1. Fuma?

3.1.3.2. E alguns dos membros da família fuma?

3.1.3.3. Tem alguma dificuldade respiratória?

- 3.1.3.4. Existe algum momento em particular em que sinta dificuldade na respiração?
- 3.1.3.5. Frequenta locais poluídos com regularidade, como bares, cafés ou discotecas?
- 3.1.3.6. Areja a casa com frequência?
- 3.1.3.7. Utiliza ambientadores na sua casa?
- 3.1.3.8. Utiliza regularmente algum produto químico/nocivo?
- 3.1.4. Comer e beber
 - 3.1.4.1. Quantas refeições costumam fazer por dia?
 - 3.1.4.2. Quais os alimentos e bebidas que a família consome com mais frequência?
 - 3.1.4.3. Alimentos que prefere?
 - 3.1.4.4. É alérgica a algum alimento?
 - 3.1.4.5. Que quantidade de água costuma beber diariamente?
 - 3.1.4.6. Quem é responsável pela confeção dos alimentos?
 - 3.1.4.7. Como são cozinhados normalmente os alimentos (fritos, grelhados...)?
- 3.1.5. Eliminar
 - 3.1.5.1. Com que regularidade tem eliminações vesicais e intestinais?
 - 3.1.5.2. Tem alguma dificuldade na eliminação intestinal e/ou vesical?
 - 3.1.5.3. E os restantes membros da família?
 - 3.1.5.4. Se sim, faz alguma medicação?
 - 3.1.5.5. Quais os fatores que associa a essa dificuldade?
- 3.1.6. Higiene pessoal e vestir-se
 - 3.1.6.1. Como realiza a sua higiene pessoal?
 - 3.1.6.2. Tem alguma ajuda?
 - 3.1.6.3. E os restantes membros da família?
 - 3.1.6.4. Com que regularidade realizam a sua higiene?
 - 3.1.6.5. Quantas vezes lavam os dentes por dia?
 - 3.1.6.6. Sente alguma dificuldade em realizar a sua higiene?
 - 3.1.6.7. Que importância tem a higiene na sua vida?
- 3.1.7. Controlo da temperatura corporal
 - 3.1.7.1. Sabe avaliar a sua temperatura corporal?
 - 3.1.7.2. Tem algum instrumento de avaliação em casa?
 - 3.1.7.3. Sabe o que fazer em caso de febre ou hipertermia?
 - 3.1.7.4. Tem roupa adequada às estações do ano?
 - 3.1.7.5. Considera a sua casa quente ou fria?
 - 3.1.7.6. Tem algum tipo de aquecimento?
- 3.1.8. Mobilizar-se

3.1.8.1. Tem alguma limitação física que interfira nas suas atividades de vida? E a restante família?

3.1.8.2. Algum membro da família necessita de ajuda nesta atividade?

3.1.8.3. Já sofreu algum acidente que tenha afetado/afete a sua mobilização?

3.1.8.4. Pratica alguma atividade física?

3.1.9. Trabalhar e distrair-se

3.1.9.1. O seu estado laboral adequa-se ao seu estado de saúde?

3.1.9.2. Considera que o seu horário laboral e o trabalho (ex: por turnos) influenciam a dinâmica familiar?

3.1.9.3. Que atividades pratica no seu tempo livre? O que gosta de fazer como hobbie?

3.1.9.4. Costuma sair/estar com os seus amigos/familiares? Com que frequência?

3.1.10. Expressar sexualidade

3.1.10.1. O casal é sexualmente ativo?

3.1.10.2. A sexualidade é tema de conversa entre o casal?

3.1.10.3. De que forma vê a sexualidade na sua família?

3.1.11. Dormir

3.1.11.1. Quantas horas costuma dormir?

3.1.11.2. Tem dificuldades em adormecer?

3.1.11.3. Se sim, toma alguma medicação para adormecer? Qual?

3.1.11.4. Algum elemento do agregado tem alguma dificuldade ou perturbação durante o sono?

3.1.11.5. De manhã sente que teve um sono repousante?

3.1.12. Morrer

3.1.12.1. Como encara a morte?

3.1.12.2. E os restantes membros da família?

3.1.12.3. Já vivenciou alguma morte de um familiar ou amigo?

3.1.12.4. Se sim, como encarou a situação?

3.1.12.5. Já vivenciou alguma situação mais marcante?

3.1.12.6. Tem medo da morte ou o pensamento de morrer assusta-o?

3.2. Expressiva

3.2.1. Comunicação Emocional / Comunicação Verbal/Não Verbal /Comunicação Circular

3.2.1.1. Quem na família expressa mais os seus sentimentos?

3.2.1.2. Como se sente em relação à forma como a família expressa os seus sentimentos?

- 3.2.1.3. Os sentimentos de cada um, têm impacto na família?
- 3.2.1.4. Qual a capacidade de comunicação de cada elemento da família?
- 3.2.1.5. Existe comunicação entre os elementos da família?
- 3.2.1.6. Quando comunicam entre si, fazem-no de forma clara?
- 3.2.2. Solução de problemas
 - 3.2.2.1. Existe discussão sobre os problemas da família?
 - 3.2.2.2. Quem tem maior facilidade em identificar os problemas
 - 3.2.2.3. A família tem capacidade para resolver esses problemas?
- 3.2.3. Papéis
 - 3.2.3.1. Existem papeis definidos para cada elemento da família?
 - 3.2.3.2. Existem conflitos relacionados com perspetivas diferentes sobre os papeis dentro da família?
- 3.2.4. Influências e Poder
 - 3.2.4.1. Como são tomadas as decisões dentro da família?
 - 3.2.4.2. Quem tem mais poder/influência nessas tomadas de decisão?
 - 3.2.4.3. Todos os elementos da família participam nas decisões familiares importantes?
- 3.2.5. Crenças
 - 3.2.5.1. Quais os valores que guiam a vossa família?
 - 3.2.5.2. Existe alguma crença religiosa ou espiritual na família?
 - 3.2.5.3. Existe alguma crença no que diz respeito à saúde? Se sim, como como é que essa crença afeta as escolhas do estilo de vida ou decisões relacionadas com a saúde?
 - 3.2.5.4. Existe alguma pratica cultural ou tradição familiar que a família valorize e mantenha?
- 3.2.6. Alianças e Uniões
 - 3.2.6.1. Dentro da família, quem tem uma relação mais próxima ou aliança especial entre si?
 - 3.2.6.2. Como é que essa aliança se manifesta dentro da família?
 - 3.2.6.3. Como é que a família se apoia em momentos de dificuldade?
- 4. Prematuridade
 - 4.1. Quais as necessidades que sentiu na altura em que regressou ao domicílio, após o parto de um bebé prematuro?
 - 4.2. Em que medida sentiu apoio por parte do enfermeiro de família relativamente às questões da prematuridade?
 - 4.2.1. Porquê?

4.3. Quais as necessidades que sente neste momento em relação ao cuidar de uma criança prematura de ___ anos? (necessidades individuais da mãe, necessidades da família e necessidades da criança)

4.4. O que sugere que pode melhorar na atuação do enfermeiro de família em termos de ajuda nos cuidados às famílias com bebés/crianças prematuras?

4.5. Tem mais alguma coisa a acrescentar que não lhe tenha perguntado?

Apêndice B - Declaração de consentimento informado para participação no estudo de caso

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE CASO

Solicta-se ao Participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento e solicite mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Título do estudo: "A Parentalidade na Prematuridade - O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar"

Enquadramento: Este estudo integra o estágio da Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde Familiar do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Évora, através da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. em associação com as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Portalegre, do Instituto Politécnico de Setúbal, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e da Universidade do Algarve respetivamente sob a orientação da Professora Doutora Joana Nobre.

O projeto centra-se na parentalidade na prematuridade e pretende compreender as vivências, desafios e necessidades das famílias com crianças prematuras. Para além disso, o projeto procura também analisar o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar no apoio à família durante esta fase de transição. O objetivo é contribuir para melhorar o acompanhamento e as intervenções de enfermagem dirigidas às famílias nesta situação.

Condições, confidencialidade e anonimato : A participação é de carácter voluntário, ausente de qualquer tipo prejuízos, caso não queira participar no estudo ou se pretender desistir ao longo do mesmo. Os resultados obtidos serão apresentados por escrito e publicados no Relatório de Estágio, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato dos participantes. Tendo em conta que a participação neste estudo é voluntária, têm a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência.

Declaração de Consentimento do Participante:

Eu, _____, declaro ter lido e compreendido este documento após ter sido devidamente informada/o sobre os objetivos, benefícios e eventuais riscos deste estudo, compreendi todas as informações apresentadas e aceito participar voluntariamente, neste estudo permitindo a utilização dos dados que forneço de forma voluntaria.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do/a Participante: _____

Declaração do Investigador:

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante/representante informado e esclarecido.

Assinatura do Investigador: _____

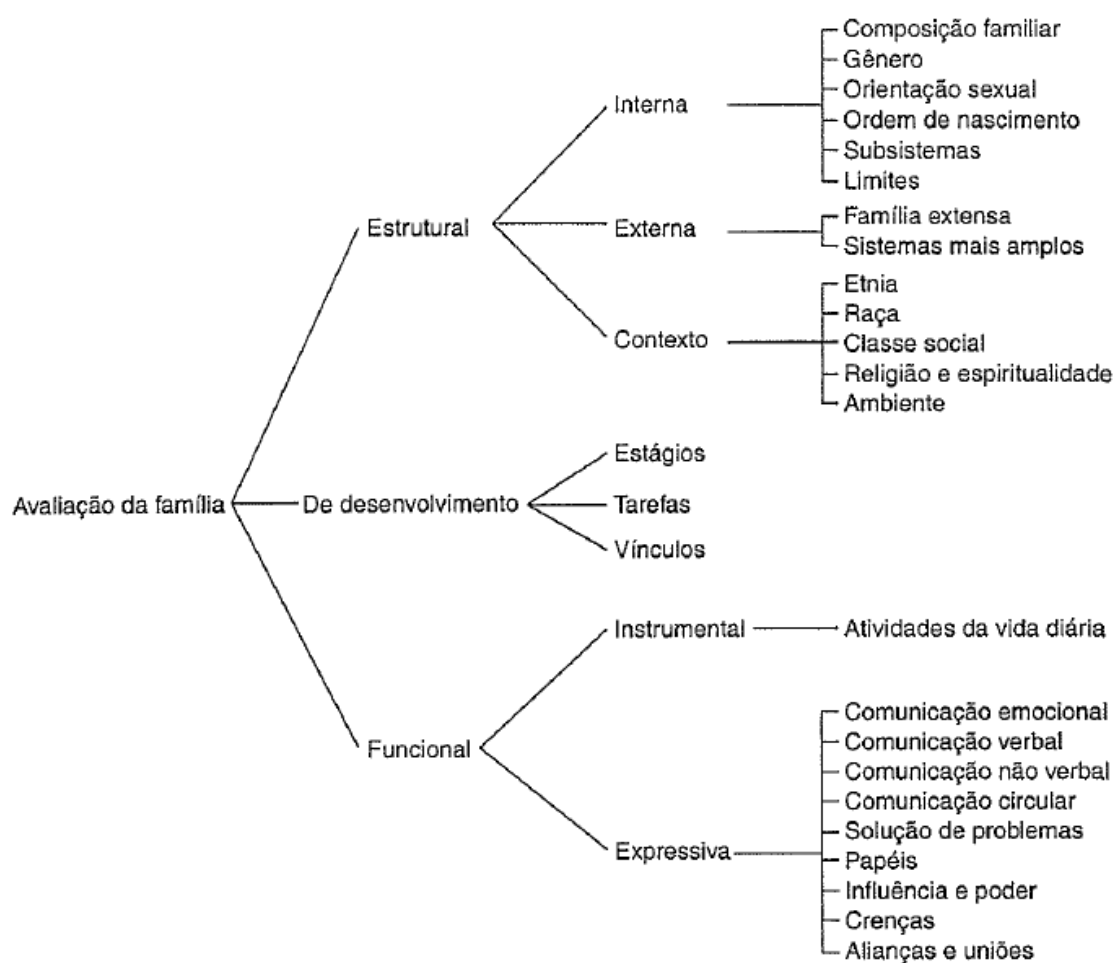
Miguel Alexandre Carriço Borrego

Caso necessite de alguma informação adicional, esclarecer dúvidas ou alterar o seu consentimento, contacte o responsável pelo estudo: Miguel Borrego, email: m61662@alunos.uevora.pt.

Grato pela sua disponibilidade pela participação no estudo.

ANEXOS

Anexo A – Esquema ramificado do modelo Calgary de avaliação familiar



Anexo B - Avaliação da sobrecarga do cuidador – Escala de Zarit

Avaliação da sobrecarga do cuidador – Escala de Zarit (ZBI) Zarit Burden Interview (ZBI)

Nome: T

	Item	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequen- temen- te (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente precisa?			X		
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?				X	
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e tem outras tarefas para fazer?			X		
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?		X			
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?			X		
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?			X		
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?		X			
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?		X			
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?		X			
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			

17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?			X		
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?			X		
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?				X	
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?			X		
Subtotal		2	10	33	8	10
Total		63				

Interpretação de resultados da Escala de Zarit	
Inferior a 45	Sem sobrecarga
Entre 46 a 56	Sobrecarga ligeira
Superior a 56	Sobrecarga intensa

Fonte: adaptada do programa *SClínico*

Anexo C - Tabela - Escala de Faces II Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

Tabela - Escala de Faces II Escala de Coesão e Adaptação Familiar - FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

Nome: T	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.			X		
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X	
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.				X	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.			X		
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				X	

14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			X		
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X	
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X	
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.		X			
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					X
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.				X	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X		
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.			X		
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X			
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.					X

Nota:

Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

(Fonte: adaptado de Figueiredo, Rego & Dantas, 2023, p.363)

Tabela

Scores e Interpretação linear da escala FACES II

Scores e interpretação linear da FACES II							
Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
Muito Ligada	8	89	Muito flexível	8	70	Equilibrada	8
		74			65		
	7	73		7	64		7
		71			55		
Ligada	6	70	Flexível	6	54	Moderadamente ligada	6
		65			50		
	5	64		5	49		5
		60			46		
Separada	4	59	Estruturada	4	45	Meio-termo	4
		55			43		
	3	54		3	42		3
		51			40		
Desmembrada	2	50	Rígida	2	39	Extrema	2
		35			30		
	1	34		1	29		1
		15			15		
69 pontos			54 pontos			Score 6	
Score 6			Score 6				

(Fonte: adaptado por Olson et al. (1982) e citado por Figueiredo, Rego & Dantas, 2023, p.366)

Anexo D – Escala de Graffar Adaptada

*Adaptada com consulta de “http://pt.wikipedia.org/wiki/classificação_de_Graffar” e “Amaro, Fausto (1990). *Escala de Graffar Adaptada*. In: Costa, Ana M^a Bénard e tal. (1996). *Currículos Funcionais*. Lisboa: IIE, Vol.II”

Família: C

Escala de Graffar Adaptada *

Selecione em cada uma das colunas (com fundo a cinza) o grau correspondente à situação em análise, considerando apenas o elemento do agregado familiar que tem o maior vencimento.

Graus	Profissão	Nível de instrução	Fonte de rendimento familiar	Conforto do alojamento	Local de residência	Pontos
1	• Grandes empresários; • Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); • Profissionais com títulos universitários; • Militares de alta patente; • Altos dirigentes políticos; • Profissões liberais (curso superior).	• Ensino universitário ou equivalente • Licenciatura • Mestrado • Doutoramento	• Fortuna herdada ou adquirida.	• Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.	• Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	0

2	• Médios empresários; • Dirigentes de empresas ($\leq$ de 500 empregados); • Agricultores e proprietários; • Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; • Oficiais das forças armadas; • Professores do ensino básico e secundário.		• Bacharelato.		• Altos vencimentos ou honorários ($\geq$ 10 vezes o salário mínimo nacional) • Lugares bem remunerados.		• Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável.		• Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	X	2
3	• Pequenos empresários ($\leq$ de 50 empregados); • Empregados e operários qualificados; • Quadros médios; • Médios agricultores; • Sargentos e equiparados.		• 12º ano; • Nove ou mais anos de escolaridade.	X	• Vencimento mensal fixo.	X	• Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C.	X	• Zona antiga; • Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de especto em geral menos confortável.		9
4	• Operários especializados com ensino primário completo; • Operários semiqualeificados;		• Escolaridade $\geq$ 4 anos e $<$ 9 anos.		• Vencimentos incertos; • Remunerações $\leq$ ao salário mínimo nacional;		• Com cozinha e W.C., mas: Degradado e/ou Sem eletrodomésticos essenciais.		• Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está		0

	• Técnicos administrativos; • Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas; • Pequenos agricultores e rendeiros.			• Pensionistas ou reformados.			diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.		
5	• Trabalhadores manuais, operários não especializados/in diferenciados; • Assalariados agrícolas.	X	• Escolaridade <4anos; • Analfabetos.	• Assistência/ Beneficência pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho)	• Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas. • Alojamentos impróprios.		• Bairro de lata.		5
Total de Pontos									14

Interpretação dos resultados da Escala de Graffar	
Classe I (classe alta)	pontuação entre 5 e 9
Classe II (classe média alta)	pontuação entre 10 e 13
Classe III (classe média)	pontuação entre 14 e 17
Classe IV (classe média baixa)	pontuação entre 18 e 21
Classe V (classe baixa)	pontuação entre 22 e 25

Anexo E – Escalas de Barthel

Escala de Barthel da T		
Categoria		Pontuação
Alimentação		
10	Independente	10
5	Precisa de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	
0	Dependente	
Transferências		
15	Independente	15
10	Precisa de ajuda	
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
0	Dependente, não tem equilíbrio	
Toalete		
5	Independente a lavar a cara, lavar os dentes	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Utilização do WC		
10	Independente	10
5	Precisa de alguma ajuda	
0	Dependente	
Banho		
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Mobilidade		
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	

5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
0	Imóvel	
Subir e Descer Escadas		
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
5	Precisa de ajuda	
0	Dependente	
Vestir		
10	Independente	10
5	Com ajuda	
0	Impossível	
Controlo Intestinal		
10	Controla perfeitamente, sem acidentes podendo fazer uso de supositório ou similar	10
5	Acidente ocasional	
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
Controlo Urinário		
10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
TOTAL		100

Interpretação dos resultados da Escala de Barthel	
100 pontos	Independente
76-99 pontos	Dependência Ligeira
51-75 pontos	Dependência Moderada
26-50 pontos	Dependência Grave
0-25 pontos	Dependência Total

Fonte: adaptada da DGS, 2011

Escala de Barthel F		
Categoria		Pontuação
Alimentação		
10	Independente	10
5	Precisa de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	
0	Dependente	
Transferências		
15	Independente	15
10	Precisa de ajuda	
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
0	Dependente, não tem equilíbrio	
Toailete		
5	Independente a lavar a cara, lavar os dentes	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Utilização do WC		
10	Independente	10
5	Precisa de alguma ajuda	
0	Dependente	
Banho		
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Mobilidade		
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	

0	Imóvel	
Subir e Descer Escadas		
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
5	Precisa de ajuda	
0	Dependente	
Vestir		
10	Independente	10
5	Com ajuda	
0	Impossível	
Controlo Intestinal		
10	Controla perfeitamente, sem acidentes podendo fazer uso de supositório ou similar	10
5	Acidente ocasional	
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
Controlo Urinário		
10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
TOTAL		100

Interpretação dos resultados da Escala de Barthel	
100 pontos	Independente
76-99 pontos	Dependência Ligeira
51-75 pontos	Dependência Moderada
26-50 pontos	Dependência Grave
0-25 pontos	Dependência Total

Fonte: adaptada da DGS, 2011

Escala de Barthel de J:		
Categoria		Pontuação
Alimentação		
10	Independente	5
5	Precisa de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	
0	Dependente	
Transferências		
15	Independente	15
10	Precisa de ajuda	
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
0	Dependente, não tem equilíbrio	
Toailete		
5	Independente a lavar a cara, lavar os dentes	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Utilização do WC		
10	Independente	5
5	Precisa de alguma ajuda	
0	Dependente	
Banho		
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Mobilidade		
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	

0	Imóvel	
Subir e Descer Escadas		
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
5	Precisa de ajuda	
0	Dependente	
Vestir		
10	Independente	5
5	Com ajuda	
0	Impossível	
Controlo Intestinal		
10	Controla perfeitamente, sem acidentes podendo fazer uso de supositório ou similar	10
5	Acidente ocasional	
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
Controlo Urinário		
10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	
TOTAL		85

Interpretação dos resultados da Escala de Barthel	
100 pontos	Independente
76-99 pontos	Dependência Ligeira
51-75 pontos	Dependência Moderada
26-50 pontos	Dependência Grave
0-25 pontos	Dependência Total

Fonte: adaptada da DGS, 2011

**Anexo F – Avaliação das AVD's da família C segundo o modelo de Nancy Roper,
Winifred Logan e Alison Tierney**

Avaliação das AVD's da família C segundo o modelo de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney			
Nome:	T	F	J
Manutenção um ambiente seguro			
Sente-se seguro?	Sim	Sim	Sim
Alguma vez teve algum acidente em sua casa? *Se sim, como ocorreu?	Não	Não	Não
Existem algumas situações que a perturbem emocionalmente? *Se sim, quais?	Sim "Nem sempre sei se estou a agir corretamente com o J."	Não	Não
Considera que a sua habitação é segura para a família?	Sim	Sim	Sim
Todos os elementos do agregado têm o plano de vacinas atualizado?	Sim	Sim	Sim
Os elementos da família que tomam medicação regular têm conhecimento sobre a sua toma e cumprem a toma da terapêutica?	Sim	Sim	Não aplicavel
Os elementos do agregado que têm antecedentes pessoais têm conhecimento relativos aos mesmos? Reconhecem sinais de alerta?	Sim	Sim	Não aplicável
Comunicação			
Idioma	Português	Português e Inglês	Português
Dificuldades em comunicar?	Não	Não	Não
Considera que a família comunica entre si?	Sim	Sim	Sim
Identifica alguma dificuldade de comunicação entre a família?	Não "o J ainda não percebe tudo, é pequeno"	Não	Não
Considera-se uma pessoa socialmente ativa?	Sim	Sim	Sim

Costuma ter com quem conversar?	Sim	Sim	Sim
Existe alguma situação que o torne menos comunicativo?	“Quando tenho preocupações”	Não	Não
Respiração			
Fumador?	Não	Não	Não
Tem alguma patologia respiratória? *Se sim, qual?	Não	Não	Não
Tem alguma dificuldade respiratória?	Não	Não	Não
Existe algum momento em particular em que sinta dificuldade na respiração?	Não	Não	Não
Medicação? *Se sim, qual?	Sim Amlodipina	Não	Não
Frequenta locais poluídos com regularidade, como bares, cafés ou discotecas?	Não	Não	Sim
Tem animais de estimação? *Se Sim, quais?	Não	Não	Não
Areja a casa com frequência?	Sim	Sim	Sim
Utiliza ambientadores na sua casa?	Não	Não	Não
Usa algum detergente de limpeza que lhe provoque algum sintoma de dificuldade respiratória?	Não	Não	Não
Comer e beber			
Quantas refeições costuma fazer por dia?	5	5/6	6
Quais os alimentos e bebidas que consome com mais frequência?	Pão, fruta, lacticínios, carne, peixe, legumes, cerveja, água.	Pão, fruta, lacticínios, carne, peixe, legumes, água e refrigerante.	Pão, fruta, lacticínios, carne, peixe, legumes, refrigerantes e doces.
Alimentos que prefere?	Pão	Peixe e fruta	Carne
É alérgico a algum alimento? *Se sim, qual?	Não	Não	Não
Que quantidade de água costuma beber	2 l	1,5 l	2 l

diariamente?			
Quem é responsável pela confeção dos alimentos?	Eu	T	MS
Como são cozinhados normalmente os alimentos (fritos, grelhados...)?	Grelhados, assados, cozidos, fritos.	Grelhados, assados, cozidos, fritos.	Estufados, grelhados, assados, cozidos.
Quais os condimentos que são utilizados na confeção dos alimentos?	Sal, alho, cebola, pimenta.	Sal, alho, cebola, pimenta.	Sal, pimenta, pimentão doce, alho.
Existe algum fator que influencie a sua alimentação (emocional, financeiro, dentição)?	Não	Emocional "Como doces enquanto estudo"	Não
Engasga-se facilmente?	Não	Não	Não
Eliminação			
Com que regularidade tem eliminações vesicais e intestinais?	Vesicais 6/5xdia. Intestinais 1xdia.	Vesicais 6xdia. Intestinais 2xdia.	Vesicais 6xdia. Intestinais 1xdia.
Faz alguma medicação?	Não	Pilula anticoncepcional	Não
Tem incontinência vesical ou intestinal? *Se sim, que artigo usa?	Não	Não	Não
Higiene pessoal e vestir-se			
Como realiza a sua higiene pessoal? Tem alguma ajuda?	Banho diário, escovagem dos dentes. Sem ajuda.	Banho diário, escovagem dos dentes. Sem ajuda.	Banho diário, escovagem dos dentes. Com ajuda parcial.
Com que regularidade realiza a sua higiene?	Todos dias	Todos dias	Todos dias
Com que regularidade muda e lava a roupa?	Todos os dias	Todos os dias	Todos os dias
Quantas vezes lava os dentes por dia?	2	2	2
Sente alguma dificuldade em realizar a sua higiene? *Se sim, em que atividades?	Não	Não	Não sente dificuldade, mas recebe ajuda parcial
Que importância tem a higiene na sua vida?	Bastante importante	Bastante importante	Importante
Controlo da temperatura corporal			

Sabe avaliar a sua temperatura corporal?	Sim	Sim	Não
Tem algum instrumento de avaliação em casa?	Sim	Sim	Sim
Sabe o que fazer em caso de febre ou hipertermia?	Sim	Sim	Não
Tem roupa adequada às estações do ano?	Sim	Sim	Sim
Considera a sua casa quente ou fria?	Fria	Fria	Fria
Tem algum tipo de aquecimento? *Se sim, qual?	Sim aquecedores elétricos.	Sim aquecedores elétricos.	Sim aquecedores elétricos.
Mobilizar-se			
Pratica alguma atividade física? *Se sim, qual?	Sim Natação e caminhada	Sim Corrida e natação	Sim Natação e futebol
Tem alguma limitação física que interfira nas suas atividades de vida? *Se sim, quais?	Não	Não	Não
Já sofreu algum acidente que tenha afetado ou afete a sua mobilização?	Não	Não	Não
Como se adapta para realizar as tarefas? Usa algum instrumento de apoio?	Sem dificuldades. Não	Sem dificuldades. Não	Sem dificuldades. Não
Trabalhar e distrair-se			
O seu estado laboral adequa-se ao seu estado de saúde?	Sim	Não aplicável	Não aplicável
Considera que o seu horário laboral e o trabalho (ex.: por turnos) influenciam a dinâmica familiar?	Não “Tenho muita sorte com os meus patrões”	Não aplicável	Não aplicável
Que atividades pratica nos seus tempos livres?	Caminhadas com amigas, Leitura	Ouvir música, correr e passear	Brincar, desenhar e ir ao parque
Costuma sair/estar com os seus amigos/familiares?	Sim	Sim	Sim
Acha que tem tanto tempo quanto gostaria para si?	Não	Sim	Sim

Expressão da sexualidade			
É sexualmente ativo?	Sim	Não	Não
Tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos? Utiliza algum?	Sim Preservativos	Sim Não ativa sexualmente	Não aplicável
A sexualidade é tema de conversa entre o casal?	Não aplicável	Sim	Não aplicável
Sente-se uma pessoa atraente?	Sim	Sim	Sim
Dormir			
Quantas horas costuma dormir?	6 a 8 horas	8 a 9 horas	7 a 8 horas
Tem dificuldades em adormecer?	Não	Não	Não
Toma alguma medicação para adormecer? *Se sim, qual?	Não	Não	Não
Tem alguma interrupção do sono? *Se sim, quantas vezes?	“Depende se o J. está doente”	Não	Não
De manhã sente que teve um sono repousante?	As vezes	Sim	Sim
Morte			
Como encara a morte?	Com medo	Não penso nisso	Nunca pensei sobre esse tema.
Já vivenciou alguma morte de um familiar ou amigo? *Se sim, como encarou a situação?	Sim Com tristeza e angústia, os meus pais eram muito importantes.	Sim Com tristeza e aceitação.	Não sei
Tem medo da morte ou o pensamento de morrer assusta-o?	Sim, sou tudo para os meus filhos.	Não penso nisso	Não aplicavel

Anexo G – APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR Familiar de Smilkstein

Nome: T

APGAR		Quase sempre (2 Pontos)	Algumas vezes (1 Pontos)	Quase nunca (0 Pontos)
1	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.		X	
3	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida.		X	
4	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
Total:		8		

Fonte: Elaboração própria com base em Henriqueta, M. (2012)

Resumo da avaliação da Escala de Apgar Familiar

Escala de Apgar Familiar	T	F	J
Score	8	7	9
Interpretação:	Pontuação de 7 a 10 - Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 - Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 - Família com disfunção acentuada		

Fonte: elaboração própria

APGAR Familiar de Smilkstein

Nome: F

APGAR		Quase sempre (2 Pontos)	Algumas vezes (1 Pontos)	Quase nunca (0 Pontos)
1	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida.		X	
4	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
Total:		7		

Fonte: Elaboração própria com base em Henriqueta, M. (2012)

Resumo da avaliação da Escala de Apgar Familiar

Escala de Apgar Familiar	T	F	J
Score	8	7	9
Interpretação:	Pontuação de 7 a 10 - Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 - Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 - Família com disfunção acentuada		

Fonte: elaboração própria

APGAR Familiar de Smilkstein

Nome: J

APGAR		Quase sempre (2 Pontos)	Algumas vezes (1 Pontos)	Quase nunca (0 Pontos)
1	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	X		
3	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida		X	
4	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
Total:		9		

Fonte: Elaboração própria com base em Henriqueta, M. (2012)

Resumo da avaliação da Escala de Apgar Familiar

Escala de Apgar Familiar	T	F	J
Score	8	7	9
Interpretação:	Pontuação de 7 a 10 - Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 - Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 - Família com disfunção acentuada		

Fonte: elaboração própria