

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Conhecimento parental dos pais que frequentam as consultas de
saúde infantil dos cuidados de saúde primários em Portugal

Rita Vieira Nunes, nº 5240724

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Dissertação de Mestrado

Professor Supervisor: Mestre Pedro Sousa

Enfermeira Orientadora: Mestre Sara Matias

Leiria, abril de 2026



Relatório final de Mestrado com componente de investigação apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Mestre Pedro Sousa, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, abril de 2026

AGRADECIMENTOS

A realização do presente trabalho só foi possível graças ao contributo de diversas pessoas, a quem estou eternamente grata. Havendo a possibilidade de agradecer a todas, enalteço, primeiramente, o meu noivo por toda a paciência, compreensão e ajuda, nos momentos bons e menos bons. Fazer um mestrado e preparar um casamento ao mesmo tempo é realmente um desafio. Mas ter alguém ao nosso lado para nos dar a mão e levar-nos para um mundo melhor quando, à nossa volta, o mundo nos prega rasteiras é verdadeiramente especial.

Aos meus pais e às minhas irmãs, deixo um eterno agradecimento por lerem o meu trabalho vezes sem conta, por terem a maior paciência do mundo com os meus dilemas e inseguranças e sobretudo por me ajudarem a nunca baixar os braços em tudo, não fosse este o principal lema da nossa família.

Também às minhas amigas um especial agradecimento por se preocuparem com o decorrer desta etapa e por enviarem o meu questionário a tanta gente...

À minha equipa da UCSP Lapedo, o meu obrigado pela vossa compreensão e por me terem permitido a flexibilidade de horário necessária para a realização dos estágios. Também à equipa da USF Santiago, agradeço por me ter acolhido de braços abertos desde o primeiro dia.

Enfermeira Sara, a sua visão sobre a enfermagem de saúde familiar e a prática clínica em contexto de USF reforçaram a minha evolução profissional e facilitaram a realização dos meus estágios clínicos. Mesmo nos momentos de maior correria, estive lá para me dizer quando deveria parar.

Por fim, um obrigado ao professor Pedro, que, no decorrer do seu doutoramento, ainda teve a coragem e a paciência para me orientar e motivar em todos os ensinamentos clínicos e trabalhos, mesmo quando a investigação se tornava a minha maior inimiga.

Aprendi muito com ambos e agradeço por ter tido a sorte de ter os dois como tutores e orientadores.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

CA – Consulta Aberta

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIS – Consulta de Intersubstituição

CSAS – Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Enfermeiro de Saúde Familiar

FFMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos

HTA – Hipertensão arterial

ICN - International Council of Nurses

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos
Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF	11
1.1 <i>Caracterização da USF</i>	11
1.2 <i>Caracterização dos utentes da USF</i>	13
1.3 <i>Consultas de Enfermagem</i>	15
1.3.1 Carteira de serviços	15
1.3.2 Visita Domiciliária	15
1.3.3 Urgências e Emergências	16
1.3.4 Atendimento telefónico.....	16
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	17
2.1 <i>Enfermagem Avançada e Enfermagem de Saúde Familiar</i>	17
2.2 <i>Conceito de Família</i>	18
2.3 <i>Modelos teóricos, diversidade e implicações para a prática</i>	18
2.4 <i>Metaparadigmas e padrões de qualidade</i>	22
3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO.....	25
3.1 <i>Competências comuns do Enfermeiro Especialista</i>	26
3.2 <i>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar</i>	32
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	37
4.1 <i>Introdução</i>	38
4.2 <i>Enquadramento</i>	38
4.3 <i>Questão de investigação</i>	39
4.4 <i>Metodologia</i>	39
4.5 <i>Resultados</i>	40
4.6 <i>Discussão</i>	43
4.7 <i>Conclusão</i>	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

APÊNDICES

APÊNDICE I – Aplicação do modelo de calgary de avaliação familiar a uma família da USF

APÊNDICE II – Plano de sessão “As doenças que as vacinas podem prevenir”

APÊNDICE III- Plano de sessão “Consulta de saúde familiar à família com filho adolescente”

APÊNDICE VI - Panfleto do manual de vacinação

APÊNDICE V - Pedido de autorização da autora com disponibilização da escala KIDI-P

APÊNDICE VI- Questionário aplicado aos pais de crianças com idades entre 1 e 3 anos

ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma contacto não agendado

ANEXO II – Fluxograma contacto agendado

ANEXO III – Fluxograma contacto indireto

ANEXO VI – Parecer da Comissão de ética do IPL

ANEXO V – Submissão de artigo à Revista de Enfermagem Referência

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Logótipo USF	12
Figura 2- Pirâmide etária USF	13
Figura 3- Pirâmide etária ficheiro de enfermagem	14
Figura 4- Índice de dependência USF	14
Figura 5- Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Famílias.....	19
Figura 6 - Representação esquemática do modelo dos Sistemas de Betty Neuman	21
Figura 7- Transitions: A middle-range theory	22

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e o índice de confiança/tentativas sobre o conhecimento parental, por ano de vida.	41
Tabela 2- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e a precisão das respostas dadas sobre o conhecimento parental, por ano de vida.....	42
Tabela 3- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e o score TOTAL de conhecimento parental, por ano de vida.	42

RESUMO

O presente Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foi desenvolvido ao longo de um percurso formativo estruturado que integrou uma componente teórica e uma componente prática em contexto clínico, em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018 (2018).

A componente teórica permitiu aprofundar modelos e teorias fundamentais que sustentam a prática da enfermagem de saúde familiar, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico, da tomada de decisão fundamentada e da prestação de cuidados baseados na evidência.

Na componente prática, foi possível aplicar e consolidar os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competências especializadas centradas na família enquanto unidade de cuidados. Este percurso evidenciou a capacidade de estabelecer relações terapêuticas assentes na empatia, comunicação eficaz e respeito pela individualidade, promovendo a confiança e a implementação de intervenções em saúde ajustadas às necessidades da pessoa e da família.

O contexto clínico possibilitou o desenvolvimento de competências na condução de entrevistas familiares estruturadas, na planificação e execução de intervenções educativas e na utilização de ferramentas de apoio à literacia em saúde, contribuindo para a capacitação das famílias e para a melhoria dos seus processos de adaptação.

Adicionalmente, a possibilidade de integração de uma equipa multiprofissional favoreceu o desenvolvimento de competências colaborativas, nomeadamente na articulação interprofissional, na continuidade de cuidados e na participação em processos de melhoria da qualidade. Este ambiente permite compreender de forma detalhada o papel do enfermeiro de família na coordenação dos cuidados e na resposta às necessidades complexas das famílias.

Como complemento ao percurso formativo, o desenvolvimento do projeto de investigação possibilitou o reforço das competências de análise crítica, metodologia de investigação e aplicação da evidência científica na prática clínica. A pesquisa centrada no conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil reforça a importância do envolvimento paterno na vigilância do desenvolvimento infantil, a necessidade de estratégias que envolvam o mesmo nos cuidados e a valorização do papel do enfermeiro de família.

Em síntese, este percurso permitiu o desenvolvimento integrado de competências técnicas e científicas fundamentais à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, identificando-se como área de desenvolvimento futuro.

ABSTRACT

The present Master's Degree in Community Health Nursing, in the area of Family Health Nursing, was developed through a structured training pathway that integrated both a theoretical component and a clinical practice component, in accordance with Regulation n.º 428/2018, (2018).

The theoretical component enabled an in-depth understanding of the models and fundamental theories that underpin the practice of family health nursing, contributing to the development of critical thinking, evidence-based decision-making, and the provision of care grounded in scientific evidence.

The practical component made it possible to apply and consolidate the knowledge acquired, fostering the development of specialised competencies centred on the family as a unit of care. This experience strengthened the ability to establish therapeutic relationships based on empathy, effective communication, and respect for individuality, promoting trust and the implementation of health interventions tailored to the needs of individuals and families.

The clinical context enabled the development of competencies in conducting structured family interviews, planning and implementing educational interventions, and using tools that support health literacy, thereby contributing to family empowerment and improved adaptation processes.

Additionally, integration within a multidisciplinary team supported the development of collaborative competencies, particularly in interprofessional coordination, continuity of care, and participation in quality improvement processes. This environment provided a detailed understanding of the role of the family nurse in care coordination and in responding to the complex needs of families.

As part of the training pathway, the development of the research project strengthened competencies in critical analysis, research methodology, and the application of scientific evidence to clinical practice. The study focused on parental knowledge of child development, highlighting the importance of paternal involvement in developmental surveillance, the need for strategies that promote their participation in care, and the central role of the family nurse.

In summary, this pathway enabled the integrated development of technical, scientific, and relational competencies essential to the practice of the Family Health Nurse Specialist, establishing a solid foundation for future professional development.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular intitulada “Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP”, integrada no plano de estudos do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria foi-nos proposta a realização de um relatório de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar realizados em contexto clínico, sob a orientação da enfermeira Sara Matias e do professor supervisor Pedro Sousa.

Para a realização do presente ensino clínico, foram definidos 2 objetivos gerais: “Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e “Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade” (Frade et al., 2025). Adicionalmente, foram definidos 4 objetivos específicos:

“E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítica-reflexiva; E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas” (Frade et al., 2025).

Para além dos objetivos gerais e específicos anteriormente referidos, foram também integrados os objetivos transversais, que visam complementar e fortalecer o desenvolvimento das competências necessárias em saúde familiar, sendo estes: “Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos” e “Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos” (Frade et al., 2025).

Posto isto, durante o presente mestrado desenvolvi 3 ensinamentos clínicos distintos na mesma USF, permitindo um melhor conhecimento sobre a comunidade e a continuidade dos cuidados às famílias.

Desta forma, este trabalho constitui o relatório final do Estágio III e a conclusão do ciclo de estudos do mestrado.

O Plano Nacional de Saúde 2020-2030 refere que é essencial abordar as principais doenças e a recuperação da saúde, mas também é igualmente fundamental identificar e referir os fatores que reduzem os anos de vida saudáveis e consequentemente aumentam a mortalidade (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Assim, segundo a World Health Organization (WHO) (2025), os cuidados de saúde primários (CSP) são essenciais para responderem às alterações económicas, tecnológicas e demográficas que ocorrem, e que, indiretamente, exercem impacto sobre a saúde e o bem-estar das pessoas. Deste modo, a satisfação das necessidades de saúde da população apresenta-se como sendo cada vez mais complexa, exigindo uma abordagem multisectorial integrativa de políticas de promoção da saúde e, consequentemente, de prevenção da doença, tudo isto, soluções que respondem às comunidades (WHO, 2025).

Em Portugal, a última renovação dos CSP trouxe a diferenciação dos contextos organizacionais nos quais os enfermeiros prestam funções, sendo estas as unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

De acordo com os programas nacionais de saúde, o enfermeiro nas USF e UCSP concentra a sua prestação

de cuidados na pessoa e na família, ao longo do ciclo vital (Guedes et al., 2019).

Deste modo, os enfermeiros de cuidados de saúde primários desempenham um papel essencial na expansão, prestação e coordenação dos cuidados, uma vez que a formação e a prática destes profissionais são evidenciadas pela capacidade de garantir cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O perfil do enfermeiro de família engloba as competências comuns a todos os enfermeiros e um conjunto de competências clínicas especializadas, com o objetivo de fornecer um enquadramento regulador da certificação dessas competências e de clarificar com a comunidade o que podem esperar da prática do profissional (Regulamento n.º 126/2011, 2011).

Em virtude do exposto, torna-se cada vez mais fundamental a especialização do enfermeiro na área de saúde familiar.

O presente trabalho está organizado em 4 capítulos, cada um correspondente a um dos objetivos da formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

No primeiro capítulo, encontramos a caracterização e o contexto da USF onde realizei os ensinamentos clínicos deste mestrado, assim como o plano de ação, a caracterização do ficheiro de utentes da unidade e da equipa de saúde familiar que integrei.

No segundo capítulo está descrito um breve enquadramento conceptual da ESF, assim como as teorias de enfermagem e os modelos de avaliação e intervenção familiar.

No capítulo 3 podemos observar as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF, assim como as estratégias e atividades desenvolvidas para as superar.

No quarto capítulo está representado o resultado da prática especializada baseada na evidência através da realização do projeto de investigação sobre Conhecimento parental dos pais que frequentam as consultas de saúde infantil dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Para finalizar, apresentam-se as conclusões, as referências bibliográficas utilizadas ao longo deste trabalho, os apêndices e os anexos que o complementaram.

1. ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF

1.1 Caracterização da USF

A USF onde foram realizados os ensinamentos clínicos, encontra-se sediada no Concelho de Leiria, no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio. Pertencendo à União das Freguesias de Marrazes e Barosa, tem como área de abrangência a mesma. Foi inaugurada no ano de 2009, tendo sido a primeira USF Modelo B do distrito. É uma USF classificada com nível bom em Qualidade em Saúde, certificada pelo Departamento da Qualidade da Direção Geral da Saúde, através do modelo internacional ACSA, 28 de setembro de 2018, certificação válida até 17 de junho de 2029. A estrutura orgânica da USF é constituída pelo Coordenador da Equipa, o Conselho Técnico e o Conselho Geral. Ligado à capacidade de resposta da unidade de saúde e às necessidades da população, a USF é composta por sete médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, cinco internos da especialidade, seis enfermeiros (dois especialistas em enfermagem de saúde familiar e um especialista em saúde infantil) e cinco secretários clínicos.

A equipa da USF desenvolve o seu trabalho em colaboração com cada grupo profissional, seja na distribuição de funções e responsabilidades, como na partilha das decisões, na elaboração dos programas da mesma e na sua execução e avaliação (USF Santiago, 2023). Assim, segundo o regulamento da USF, a presente unidade tem como missão, o benefício da saúde dos seus utentes, através da prestação de cuidados de saúde de excelência, com garantia de igual acessibilidade, continuidade dos mesmos e promoção de atividades preventivas, e é guiada por 10 valores fundamentais, como a independência, transparência, comunicação, respeito, responsabilidade, altruísmo, partilha de conhecimento, desempenho e qualidade (USF Santiago, 2023).

Segundo Portaria n.º 858/2023 do Ministério da Saúde (2023), uma USF Modelo B, é um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais autónomas, cujo objetivo é que estas respondam às necessidades de saúde de uma população, tendo por base as boas práticas e contribuindo para o aumento da motivação dos profissionais e satisfação dos utentes. Desta forma, a equipa da USF Santiago, elegeu como principais objetivos, a criação de um ambiente de trabalho seguro e agradável em instalações funcionais, a criação de uma equipa multiprofissional eficaz, satisfeita e motivada, a elaboração dos programas e avaliação dos mesmos, a melhoria do acesso e da personalização da continuidade dos cuidados, a melhoria da saúde da comunidade e a implementação de protocolos com consideração os seus custos (USF Santiago, 2023).

Estando definidos os objetivos e os valores que orientam a identidade da unidade de saúde, torna-se essencial que os mesmos também se reflitam visualmente. Deste modo, a equipa da USF procurou criar um logótipo que representasse uma família dinâmica, com simbolismo de espontaneidade e movimento. Foi escolhida a cor laranja, uma vez que se apresenta como sendo uma cor quente e ativa. Além do mais, o presente logótipo transmite sentimentos como a ambição, o orgulho, a coragem, a alegria e a grande sociabilidade que existe na equipa da USF.



Figura 1- Logótipo USF

Fonte: USF, 2023

Alinhado com o que foi previamente exposto, e de forma a promover o conforto, privacidade e segurança dos utentes e profissionais, a USF dispõe de um espaço físico cuidadosamente planeado para proporcionar um ambiente acolhedor, funcional e acessível a todos. Deste modo, a mesma, ocupa o edifício do CSAS, partilhando espaço com outras unidades. Ainda assim, esta USF é constituída por dois módulos (A e B), com estrutura física idêntica em ambos, apresentando no total sete gabinetes médicos, seis gabinetes de enfermagem, um gabinete de apoio para os profissionais, um refeitório, duas áreas administrativas (secretarias), duas salas de espera, um gabinete de arquivo, uma sala de arrumos, um armazém (pisso-1), quatro casas de banho afetas aos utentes equipadas com fraldário e duas casas de banho para os profissionais. Importa ainda referir, que, de modo a responder adequadamente às necessidades dos profissionais de saúde e da população que serve, a unidade apresenta um leque variado de material clínico e equipamentos essenciais à prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes, considerando fundamental evidenciar a existência de um bisturi elétrico, um aparelho de eletrocardiograma, uma mala de emergência e um Desfibrilhador automático externo, comum a todo o edifício do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

No que concerne à organização dos horários da USF, sendo elemento central e fundamental no acesso eficiente aos cuidados de saúde primários, a mesma funciona todos os dias úteis das 8h às 20 horas e aos sábados das 9 às 13 horas. O período de atendimento inicia-se às 8h15 e termina às 19h45 e aos sábados inicia-se às 9h15 e termina às 12h45. A mesma USF garante uma resposta a todos os utentes, no próprio dia, a qualquer pedido de ajuda, seja resultante da realização de uma consulta formal ou marcação ou aconselhamento de outra natureza (USF Santiago, 2023). Contudo, por princípio, e segundo o descrito no regulamento da USF, o utente deve ser sempre consultado pelo seu respetivo médico e enfermeiro de família, sendo assegurada a possibilidade de agendar uma consulta nos 5 dias úteis seguintes, caso a equipa não esteja ausente do serviço. A marcação das consultas pode ser realizada por iniciativa do utente, telefonicamente, pessoalmente ou online na área do Portal da Saúde, à exceção da Consulta de Intersubstituição (CIS) e da Consulta Aberta (CA) que decorrem, preferencialmente, no horário das 10.00h às 11.00h; das 13.00h às 14.00h e das 18.00h às 20.00h, diariamente (USF Santiago, 2023). Desta forma, o utente será orientado dentro da USF, de acordo com os fluxogramas que se encontram nos anexos I, II e III a este documento.

1.2 Caracterização dos utentes da USF

A USF abrange uma comunidade muito diversificada, refletindo a atual realidade demográfica e socioeconómica da população. A mesma é composta por 12.708 utentes, de diferentes faixas etárias, exigindo uma resposta profissional mais abrangente e adaptada às necessidades de cada grupo etário. Desta forma, a análise dos indivíduos permite perceber os desafios em saúde da comunidade inscrita na USF, e por este motivo, torna-se fundamental descrever as características dos indivíduos que a compõem, acabando por fazer uma análise comparativa com os 1694 utentes que compõe o ficheiro de enfermagem atribuído.

Através da figura 2 é possível verificar a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, representando uma população bastante diversificada. Contudo, é notória a presença de uma estrutura etária maioritariamente adulta. Por outro lado, na figura 3, está representada a pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro de enfermagem atribuído, verificando novamente que a idade adulta é o grupo etário com maior presença, assim como o sexo feminino, que é o género mais predominante na população da USF. Este último facto é consistente com os dados da PORDATA (2024b), que realça a existência de um maior número de mortes do sexo masculino comparativamente ao sexo feminino. Adicionalmente, é importante realçar que, quando comparadas as pirâmides etárias de ambas as figuras, que as mesmas apresentam uma proporção maior de idosos com mais de 65 anos em comparação com a proporção de menores com menos de 15 anos, corroborando os últimos dados da PORDATA (2024) que apresenta um índice de envelhecimento da população portuguesa cada vez maior, representado pelo o aumento do número de idosos comparativamente ao número de crianças e jovens.

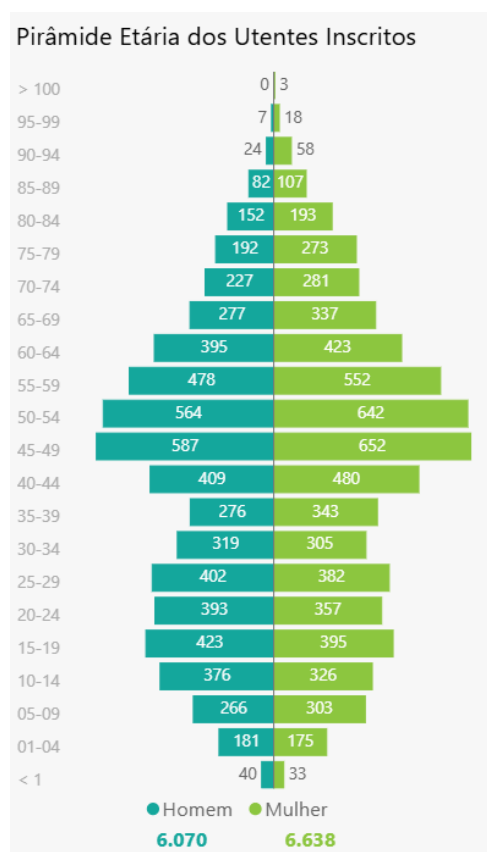


Figura 2- Pirâmide etária USF

Fonte: Print screen da página BI-CSP

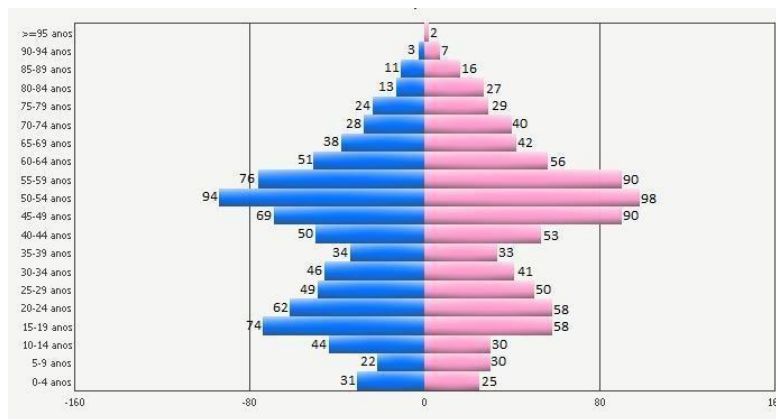


Figura 3- Pirâmide etária ficheiro de enfermagem

Fonte: Print screen da aplicação do MIMUF

Muitas vezes associado a um aumento do número de idosos está associado o aumento do Índice de dependência de uma USF. Sendo este um grupo de indivíduos mais vulneráveis, que requerem um acompanhamento mais exigente por parte dos profissionais de saúde, torna-se fundamental avaliar o mesmo. Conforme o representado na Figura 4, verifica-se que esta unidade de saúde, apresenta um índice de dependência de idosos de 25,42%, valor inferior ao registado a nível nacional (38,2%) (Instituto Nacional de Estatística, 2025a). No que diz respeito ao índice de dependência de jovens da presente unidade, verificamos que o mesmo é de 19,37%, apresentando-se como ligeiramente mais inferior do que o registado a nível nacional (20,3%) (Instituto Nacional de Estatística, 2025b).



Figura 4- Índice de dependência USF

Fonte: Print screen da página BI-CSP

Atualmente, sabe-se que a família contribui para a construção da socialização, suporte emocional e suporte educacional dos seus membros (Guimarães & Cafieiro, 2018). Desta forma, para além da análise das características demográficas dos utentes da USF, é essencial analisar o número de famílias e o agregado das mesmas. Assim, com recurso ao Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) verificou-se que a USF é constituída por 5,160 (famílias), das quais, 688 (famílias) fazem parte do ficheiro de enfermagem atribuído. As mesmas são constituídas por 1 a 8 membros por família, sendo que a maior parte das famílias é composta por 3 elementos (205), seguida de famílias unitárias só com um elemento (171).

Tendo em conta, a caracterização demográfica, o índice de dependência e as características familiares é essencial identificar as 6 principais problemáticas de saúde que mais afetam a população da USF. Posto isto, é possível verificar que os problemas de saúde mais presentes na população são: excesso de peso, dislipidemia, hipertensão, abuso do tabaco, perturbações depressivas e obesidade. No que concerne ao ficheiro de enfermagem atribuído, quando comparadas as problemáticas, identifica-se o excesso de peso, a dislipidemia, a hipertensão, o abuso do tabaco, a obesidade e as perturbações depressivas como problemáticas mais comuns nos utentes. Desta forma, e tendo em conta os Programas de Saúde Prioritários de 2024, é possível constatar que as problemáticas mais presentes na USF, reforçam os 12 programas prioritários do SNS, sendo urgente agir sob o controlo do tabagismo, a promoção da alimentação saudável, a promoção da atividade física e a promoção da saúde mental (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

1.3 Consultas de Enfermagem

1.3.1 Carteira de serviços

Segundo a Portaria n.º 1368/2007 (2007), todos os modelos de Unidade de Cuidados de Saúde Primários, apresentam um compromisso assistencial, definido por carteira básica de serviços, comum em tipo e qualidade, diferenciando apenas o número de cidadãos abrangidos, os horários disponibilizados e os serviços adicionais. Previamente contratualizados com os respetivos departamentos de contratualização, os serviços adicionais, são definidos como carteira adicional de serviços (Portaria n.º 1368/2007, 2007).

Desta forma, relativamente à área de enfermagem, a carteira de serviços da USF, abrange os seguintes programas de saúde: consulta de planeamento familiar/rastreio, consulta de puerpério, consulta pré-concepcional, consulta de saúde do adulto, consulta aberta, consulta de intersubstituição, consulta de saúde das pessoas idosas, consulta de prevenção e controlo do tabagismo, consulta de saúde materna, consulta de saúde infantil e juvenil, consulta de diabetes, consulta de doenças respiratórias, consulta de rastreios oncológicos, consulta de hipertensão arterial, visitas domiciliárias, consultas de Enfermagem.

Ainda assim, de modo a adaptar a resposta de saúde às necessidades da população abrangida, foram contratualizadas como carteiras adicionais de serviço, a consulta de cobertura alargada, realizada aos sábados e a consulta de pequena cirurgia, executada pelo médico e enfermeiro, nos utentes que sejam previamente identificados e orientados pelo respetivo médico de família.

1.3.2 Visita Domiciliária

Segundo o Regulamento nº 428/2018 (2018), atualmente, a organização dos cuidados de saúde primários preconiza por parte do enfermeiro de família o atendimento de todos os utentes, mesmo os referentes ao atendimento domiciliário.

Na presente USF, os cuidados domiciliários poderão ser efetuados pela respetiva equipa de saúde, para fins de consultas médicas ou cuidados de enfermagem, destinados à vigilância clínica, seguimento, prevenção e reabilitação adequada do utente (USF Santiago, 2023). As marcações das mesmas poderão ser realizadas por iniciativa do utente, cuidador ou profissional, de modo direto, presencial ou por telefone, contudo, importa referir que estas visitas só são realizadas em virtude da decisão do médico ou enfermeiro de família, tendo por base os critérios de aceitação estabelecidos para as mesmas, sendo estes: utentes inscritos e a residir na área de influência da USF e impossibilitados de se deslocar, utentes portadores de défices motores graves, utentes portadores de doenças agudas incapacitantes, utentes com doenças terminais e doenças crónicas, pós-operatórios com alta precoce, visitas preventivas a puérperas e recém-nascidos até aos décimo quinto dia de vida e outras situações clínicas do entendimento da equipa (USF Santiago, 2023). Por fim, importa salientar que, apesar de não serem realizadas visitas domiciliárias em contexto de urgência, mediante avaliação dos critérios clínicos, poderão ser efetuadas visitas domiciliárias de carácter agudo. Nestas situações, sempre que seja possível, a marcação é realizada no prazo máximo de 24 horas (USF Santiago, 2023).

1.3.3 Urgências e Emergências

No que concerne à resposta de enfermagem em situações de urgência, a USF, tem preconizado todos os dias úteis, horários específicos para situações de consulta aberta, em que os utentes podem ser consultados pelo seu enfermeiro de família no próprio dia. Estas consultas são restritas para situações agudas em que os mesmos apresentam uma queixa que não pode esperar até à data da consulta programada, sendo por isso considerada uma situação urgente. Contudo, se a equipa não tiver disponibilidade para o atendimento, será garantida uma resposta de enfermagem no horário da consulta de intersubstituição, que decorre de segunda a sexta, das 17h às 20h, de acordo com escala interna do serviço de enfermagem. Fora do horário da USF, os utentes devem recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital Santo André, aberto 24 horas por dia, ou ao serviço de Atendimento Complementar de Leiria, situado no Centro de Saúde Gorjão Henriques, aos sábados, domingos e feriados, das 9 às 13 horas.

1.3.4 Atendimento telefónico

Segundo o Regulamento Interno da USF (USF Santiago, 2023), através de contacto telefónico, os utentes podem obter esclarecimentos relacionados com questões de enfermagem, durante todo o seu período de funcionamento. Com o objetivo de formalizar este processo, o assistente técnico que recebe a chamada ou o email a solicitar um contacto com um profissional de saúde deve proceder à impressão da respetiva identificação do utente para que o mesmo seja contactado, assim que haja oportunidade. Adicionalmente, todos os utentes podem contactar o seu enfermeiro e médico de família através do email institucional (USF Santiago, 2023).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

2.1 Enfermagem Avançada e Enfermagem de Saúde Familiar

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem reflete a integração entre ciência e investigação, visando aprimorar a prática de cuidados (Rocha & Martins, 2024). Diante da necessidade de conhecimento da disciplina, emerge a enfermagem avançada, na qual os enfermeiros procuram aprofundar o conhecimento, de forma a compreender as necessidades e as respostas às transições, garantindo a implementação de intervenções cujo objetivo é a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Segundo Cardoso & Brito (2024) a enfermagem avançada constitui um nível de desenvolvimento da disciplina de enfermagem que tem origem na necessidade de aprofundamento do conhecimento profissional, caracterizando-se por uma prática autónoma, centrada na gestão das respostas às transições e na aplicação de intervenções de enfermagem que respondam às necessidades humanas.

Por outro lado, configura-se a prática avançada da enfermagem como uma forma de exercício profissional, sustentada em conhecimento especializado com forte influência na medicina e no modelo biomédico, orientando-se para dar resposta às necessidades emergentes do sistema de saúde através de uma atuação tecnicamente qualificada, interdependente e colaborativa, com ênfase na gestão da doença, sinais e sintomas (A. Cardoso & Brito, 2024).

Neste contexto, o International Council of Nurses (ICN) (2020) define o enfermeiro como um profissional de prática avançada, detentor de conhecimentos especializados, competências clínicas avançadas e capacidade para a tomada de decisões complexas em contexto de uma prática alargada, cujas características são influenciadas pelo país onde exerce. Para o ingresso neste nível de prática, o ICN recomenda uma formação de 2º ciclo, correspondente ao grau de mestre (ICN, 2020).

Importa ainda salientar que a base dos conhecimentos, as competências clínicas e as habilidades avançadas na tomada de decisão, encontram-se alinhados com a prática baseada na evidência (PBE), por isso, esta, deve ser considerada de forma consistente ao longo de todo o percurso formativo dos enfermeiros (ICN, 2020).

Posto isto, no contexto português, este nível de prática concretiza-se, através da atuação do enfermeiro especialista em saúde familiar, cujas competências clínicas refletem os princípios da enfermagem avançada, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Segundo Regulamento n.º 428/2018 (2018) o enfermeiro especialista em saúde familiar utiliza as teorias de enfermagem como base conceptual da sua prática, utilizando as mesmas para fundamentar a compreensão da família enquanto unidade de cuidados, bem como para orientar o seu raciocínio clínico. A utilização das teorias neste nível auxilia a estruturar o pensamento profissional, identificar o foco da intervenção e a sustentar a prática na base científica própria da disciplina de enfermagem (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

No âmbito da ESF, a capacidade de integrar teorias de enfermagem no processo de avaliação, diagnóstico e intervenção, adaptando-as às necessidades das famílias e ao contexto dos cuidados de saúde primários, representa uma expressão da enfermagem avançada. Desta forma, a prática do enfermeiro especialista em saúde familiar enfatiza a articulação entre conhecimento teórico, as competências especializadas e a intervenção clínica avançada, refletindo-se numa resposta autónoma e baseada na evidência.

2.2 Conceito de Família

No que concerne à definição de família, a mesma é frequentemente vista como célula fundamental da comunidade, cuja estrutura e capacidade de adaptação determinam a qualidade de vida social (Figueiredo, 2009). Constituindo-se como unidades dotadas de capacidades auto-organizativas, as famílias continuam a ser espaços privilegiados para a prestação de cuidados à vida e à saúde de seus membros (Figueiredo, 2009). Neste cenário, a incorporação da família como foco dos cuidados nos CSP implica novos desafios para os enfermeiros, decorrentes do reconhecimento da sua função na gestão de cuidados no contexto familiar e na promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014).

À luz da literatura anteriormente apresentada, no presente trabalho atribui-se um conceito de família que a reflete como um sistema aberto, dinâmico e complexo, constituído por membros ligados através de vínculos relacionais e afetivos, onde existe partilha de responsabilidades, crenças e valores entre cada um deles. Enquanto unidade em constante transformação, a família exerce uma significativa influência nos processos de saúde e doença dos membros que a constituem, interagindo constantemente com o meio envolvente. Deste modo, neste trabalho assume-se uma perspetiva sistémica da família que a reconhece como unidade central dos cuidados e orienta a avaliação e a intervenção de enfermagem no âmbito da ESF.

2.3 Modelos teóricos, diversidade e implicações para a prática

A abordagem sistémica da família tem sido frequentemente explorada na literatura, sendo evidente os contributos de Friedman. Esta perspetiva reforça a compreensão da família não apenas como um conjunto de indivíduos, mas como um sistema aberto e dinâmico, introduzido num contexto mais amplo, cujas funções e saúde são influenciadas por fatores estruturais e funcionais (Friedman, 1998).

Segundo a autora, a análise familiar é realizada de forma macrossistémica, considerando a família na qualidade de contexto do indivíduo, como soma das interações entre os membros que a compõem e como subsistema social (Friedman, 1998). Esta conceção permite compreender a família como uma unidade funcional, moderada por rede de comunicação, sistema de papéis, valores e estrutura de poder, que influenciam a satisfação das necessidades e o cumprimento das suas funções (Figueiredo et al., 2023).

O Modelo de Avaliação da Família de Friedman (MAFF) apesar de não refletir estratégias de intervenção, reflete linhas gerais que orientam a atuação do enfermeiro (Figueiredo et al., 2023). Assim, o mesmo apresenta-se particularmente pertinente ao potencializar uma avaliação da estrutura, da função, dos fatores de stress da família, do risco percecionado e da capacidade de resposta da família aos mesmos, promovendo uma visão ampla e orientada para intervenções de enfermagem focadas na unidade familiar e consequentemente, na manutenção do equilíbrio e saúde da mesma (Figueiredo et al., 2023).

Complementarmente, a ESF baseia-se numa parceria com as famílias, valorizando as forças individuais, familiares e comunitárias (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023). Face ao exposto, a MCEEC (2023), considera como referencial teórico no desenvolvimento da prática especializada em saúde familiar o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey adotando uma visão macrossistémica estruturada em 3 dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionamento, sendo que cada categoria contém diversas subcategorias (Wright & Leahey, 2011). Na figura 5 é possível verificar o presente modelo num diagrama ramificado.

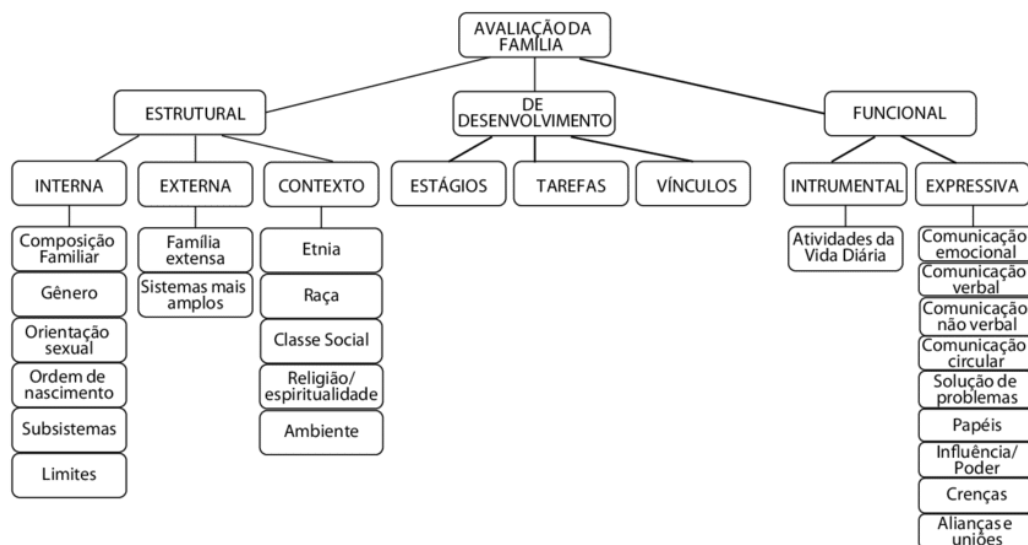


Figura 5- Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Famílias

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Representacao-esquematica-do-Modelo-Calgary-de-Avaliacao-de-Familias-7_fig1_310491081

Neste sentido, é fundamental que após a avaliação, o enfermeiro proceda a uma análise dos dados obtidos, identificando potencialidades e fragilidades do sistema, favorecendo a compreensão do seu funcionamento atual (Santos, 2023). De seguida, a conclusão da fase de avaliação, representa o momento em que o enfermeiro, em parceria com a família, chega a um possível diagnóstico e identifica a necessidade ou não de intervenção (Wright & Leahey, 2011). Assim, é possível verificar que esta aplicação permite ao enfermeiro compreender a família como unidade de cuidados, tendo em consideração as interações, papéis e dinâmicas que influenciam o bem-estar dos seus membros.

Não obstante, esta compreensão da família enquanto alvo de cuidados requer o conhecimento da diversidade dos contextos e das configurações familiares existentes na comunidade contemporânea, uma vez que as mesmas influenciam diretamente os processos de doença, saúde e cuidados.

Posto isto, as configurações familiares contemporâneas representam a realidade atual da sociedade, notada por grandes transformações sociais, culturais e demográficas que se refletem na diversidade das formas familiares e na redefinição dos papéis desempenhados pelos seus elementos (E. F. D. Silva, 2022). Segundo Silva (2022), a existência de diversas crenças, valores, culturas, identidades sociais, de género e orientações afetivo-sexuais exige uma atitude inclusiva e não normativa. Neste sentido, torna-se ainda mais essencial que o enfermeiro de família detenha conhecimentos para cuidar com base no respeito pela diversidade das famílias, focando a sua intervenção nos vínculos significativos, nos recursos e nas dinâmicas relacionais, independentemente da configuração familiar.

Por conseguinte, a enfermagem de saúde familiar requer então a aplicação de conhecimentos na avaliação de saúde da família, atendendo às relações dinâmicas que se estabelecem entre os membros, tendo como foco

o processo familiar e a família enquanto unidade de cuidados, assim como às necessidades das pessoas que a constituem, analisando-a em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais (MCEEC, 2023). Por este motivo, apesar dos contributos pertinentes de cada modelo teórico para a prática, a utilização isolada de apenas um único modelo representa limitações, podendo conduzir a uma compreensão parcial da realidade da família, não contemplando fatores contextuais, culturais, desenvolvimentais ou relacionais.

Desta forma, torna-se também essencial a inclusão de outros modelos complementares que oferecem uma maior compreensão e sentido da prática clínica.

Entre esses modelos destaca-se o Modelo baseado nas forças, uma abordagem com focada na pessoa e na família que privilegia o que está a funcionar corretamente em detrimento de uma focalização exclusiva nos défices, problemas ou doença (Gottlieb, 2013). Importa referir que Gottlieb (2013) esclarece que este modelo não ignora nem nega a existência de problemas, mas utiliza os pontos fortes como recursos terapêuticos capazes de contrabalançar ou minimizar as suas fragilidades.

Assim, esta abordagem exige ao enfermeiro uma prática de cuidados centrada nas potencialidades, promovendo, com a pessoa ou família, os seus pontos fortes, a gestão dos problemas e a capacidade de viver com a dor, o sofrimento e a injustiça (Kraus & Silva, 2023). Segundo Gottlieb (2013) o enfermeiro ao identificar e mobilizar os pontos fortes existentes, colabora na gestão mais eficaz dos desafios de saúde, na promoção da mesma, na prevenção da doença e na adaptação a situações de transição ao longo do ciclo de vida.

Deste modo, o Cuidado Baseado nas Forças potencia uma prática mais humana, reflexiva e gratificante, reforçando a identidade profissional do enfermeiro (Gottlieb, 2013).

Sob outra perspetiva e de acordo com Betty Neuman, a Teoria Geral dos Sistemas de Neuman integra-se numa perspetiva holística orientada para promover o bem-estar, possibilitando a sua aplicação em contextos interdisciplinares, multidisciplinares ou transdisciplinares, abrangendo diferentes culturas e concentrando-se nas necessidades humanas de proteção e alívio do stresse (Neves Júnior et al., 2024). Ou seja, segundo Tomey, A. & Alligood, R. (2004) o sistema é composto por um indivíduo ou por um grupo de indivíduos, sendo um composto dinâmico de inter-relações, como as variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento.

A Figura 6 apresenta a Teoria Geral dos Sistemas de Neuman, clarificando a inter-relação das variáveis que o compõem, assim como a sua influência no equilíbrio e no bem-estar.

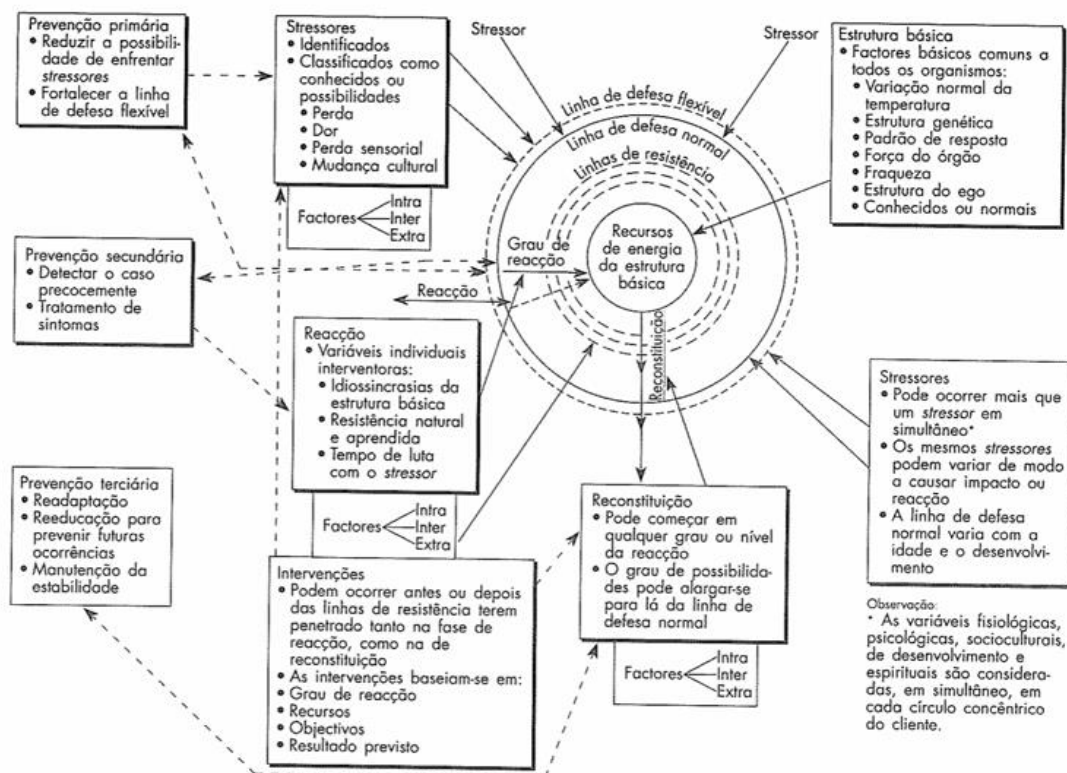


Figura 6 - Representação esquemática do modelo dos Sistemas de Betty Neuman
Fonte: Tomey, A. & Alligood, R. (2004)

Neuman acreditava que as causas do stresse podiam ser identificadas e tratadas através de intervenções de enfermagem, pois através da identificação das variáveis que influenciam o equilíbrio do sistema, torna-se possível definir intervenções adequadas para manter ou restabelecer o mesmo. (Neves Júnior et al., 2024).

Assim, a prática de enfermagem assume uma perspectiva holística, promovendo a saúde e o bem-estar do indivíduo, da família e das suas relações sociais (Neves Júnior et al., 2024).

No que concerne à teoria das transições de Meleis, a mesma considera o processo de transição central na prática de Enfermagem, dado que o Enfermeiro lida com pessoas que se encontram sob diversos processos de transição (Meleis, 2010). Desta forma, o enfermeiro deve conhecer o desenvolvimento da pessoa e da família, no decorrer do seu ciclo de vida, apresentando consciência das dificuldades e adaptações às novas etapas de vida que podem gerar instabilidade (Lobo, 2023 *as cited in* Lobo & Palma, 2024).

Por abordar conceitos e fenómenos que refletem a prática de enfermagem, é considerada uma teoria de médio alcance (Meleis, 2010).

Esta teoria, é constituída pela natureza das transições, pelos condicionantes facilitadores e inibidores da mesma, pelos padrões de resposta e pelas terapêuticas de enfermagem, como evidenciado no esquema da figura 7.

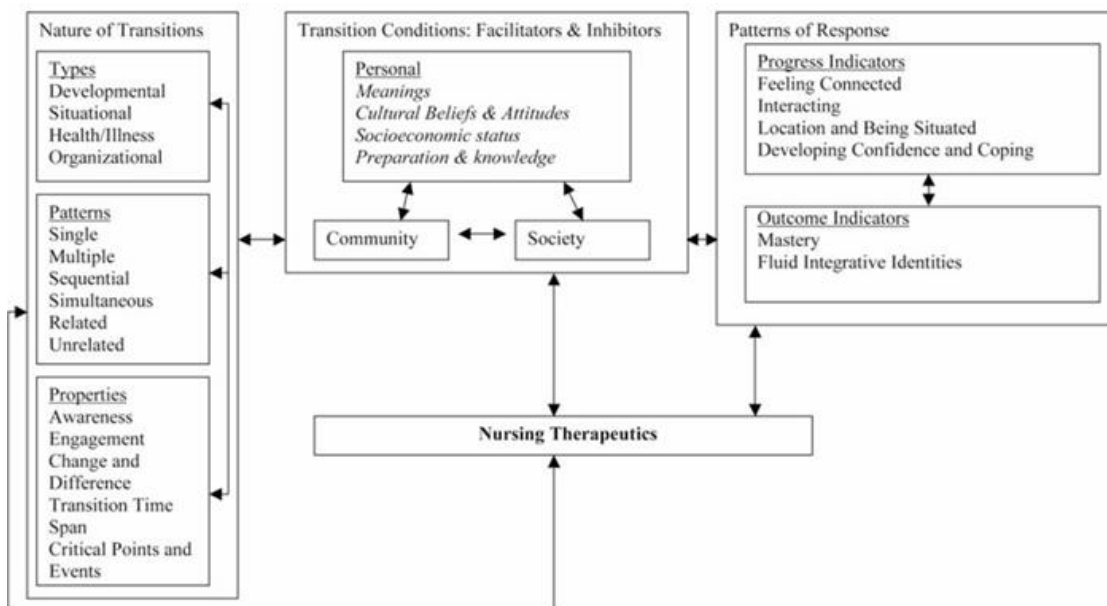


Figura 7- Transitions: A middle-range theory
Fonte: (Meleis, A., 2010)

A utilização de cada modelo teórico depende do contexto clínico e das necessidades específicas da pessoa ou família. O MAFF apresenta-se como particularmente útil nos primeiros contactos de enfermagem, tendo como objetivo uma compreensão macrossistémica da família, permitindo identificar fatores que influenciam a saúde familiar. Por outro lado, o MCAIF é mais indicado quando se pretende uma avaliação relacional e funcional da família mais aprofundada, assim como a implementação de intervenções de enfermagem em parceria. O MBF é pertinente em contextos de promoção da saúde, adaptação à doença ou situações de vulnerabilidade. A Teoria Geral dos Sistemas de Neuman integra-se nas situações marcadas pelo stress ou crise. Por fim, a Teoria das Transições revela-se indicada em momentos de mudança ao longo das etapas do ciclo de vida, como nascimento, luto, doença, mudança de emprego ou reorganização familiar.

Em suma, a ESF tem como base da sua prática e do seu desenvolvimento, os referenciais teóricos próprios e os referenciais que derivam de outras disciplinas. Por conseguinte, a enfermagem de saúde familiar, apresenta a intersecção das teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem como corpo de conhecimentos (Pires, 2023).

2.4 Metaparadigmas e padrões de qualidade

Estes modelos e teorias alinham-se com o metaparadigma da enfermagem, constituído pelos quatro conceitos centrais: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem (Rocha & Martins, 2024). A Ordem dos Enfermeiros (2001) define cada conceito da seguinte forma:

- **Pessoa:** ser social, único e complexo, cujos comportamentos são influenciados por valores, crenças e ambiente.
- **Saúde:** estado real e percebido, abrangendo bem-estar físico, emocional e espiritual.
- **Ambiente:** contexto físico, social, económico, cultural e organizacional que influencia a saúde.

- **Cuidados de Enfermagem:** cuidados centrados na relação interpessoal, promovendo a saúde de forma personalizada.

Deste modo, os 4 conceitos descritos anteriormente articulam-se de forma indissociável na prática da Enfermagem de Saúde Familiar, dado que esta propõe uma abordagem holística da pessoa como alvo dos cuidados, tendo em conta a sua saúde e bem-estar, o meio em que se insere e as responsabilidades inerentes à prática (Teixeira et al., 2023). Posto isto, a prática profissional visa a manutenção e recuperação da saúde, bem como a minimização dos efeitos da doença, princípios que também constituem a base da Enfermagem de Saúde Familiar (Teixeira et al., 2023).

Neste enquadramento, e considerando as notórias facilidades no acesso à informação e às tecnologias, torna-se essencial a criação de padrões de qualidade que orientem a prática e a excelência dos cuidados. Desta forma, para continuar a garantir o elevado nível dos cuidados prestados, a Ordem definiu padrões de qualidade que asseguram a excelência da prática e a confiança da comunidade. Assim, a Ordem dos Enfermeiros implementou padrões que asseguram a segurança, a consistência e a confiança da comunidade nos cuidados de enfermagem prestados.

É nesta linha de pensamento que surgem os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, concebidos como instrumento que ajuda na precisão do papel do enfermeiro, assim como na representação dos cuidados que devem ser conhecidos e assegurados por todos (Regulamento n.º 367/2015, 2015). A qualidade dos cuidados reflete-se em seis categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A satisfação da pessoa surge como indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo orientada para as relações, pautada pelo respeito, empatia e pelo envolvimento da pessoa e família nos cuidados. A compreensão das expectativas do utente face aos cuidados é essencial para garantir a qualidade do serviço, pelo que o ESF procura promover níveis elevados de satisfação das famílias que acompanha.

A promoção da saúde traduz-se no desenvolvimento das capacidades e das aprendizagens que proporcionam ganhos em saúde, através da identificação das necessidades das pessoas e do auxílio do enfermeiro de família. Cada contacto com o utente constitui uma oportunidade para incentivar hábitos de vida saudáveis, como cessação tabágica, prática de atividade física ou a adoção de uma alimentação equilibrada, prioridades CSP e, consequentemente, do ESF.

A prevenção de complicações diz respeito à identificação precoce de potenciais problemas, minimizando os efeitos negativos. O enfermeiro de família previne não só as complicações individuais, como as possíveis repercussões para a saúde familiar. Este padrão concretiza-se, através da realização das visitas domiciliárias, da avaliação do risco de desenvolvimento de doenças crónicas e do acompanhamento regular do estado de saúde do indivíduo e família.

O bem-estar e o autocuidado apresentam-se como pilares dos cuidados, uma vez que procuram reconhecer os problemas de dependência e promover a capacitação da pessoa e da família. O enfermeiro de família desempenha um papel ativo na tomada de decisão e implementação das intervenções de enfermagem. Desta forma, a avaliação do stress associado ao cuidar e o apoio aos respetivos cuidadores são exemplos claros da preocupação de um enfermeiro de família que desenvolve o presente padrão.

A readaptação funcional visa à continuidade dos cuidados nas ações dirigidas à adaptação e otimização da capacidade da pessoa. Numa parceria entre o enfermeiro e o utente, são desenvolvidos processos de adaptação eficaz face aos problemas de saúde existentes. Exemplos desta prática incluem a preparação da

alta hospitalar para o contexto de domicílio, a prevenção de quedas e avaliação da capacidade do autocuidado.

Por último, a organização dos cuidados de enfermagem realça o trabalho de gestão e organização da profissão, através de sistemas destinados a promover a melhoria contínua dos cuidados e da documentação da prática de enfermagem. Cabe ao enfermeiro de família contribuir para a eficiência organizacional, nomeadamente na gestão dos indicadores do ficheiro de utentes e da utilização de planos de cuidados.

Segundo Avedis Donabedian cada um dos padrões, que foram referidos anteriormente, para além de todos se relacionarem, são divididos em 3 elementos: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). Desta forma, a necessidade de planear, executar e avaliar os cuidados é fundamental para manter os enfermeiros na excelência da qualidade.

Assim, a prática de enfermagem centrada na família permite uma abordagem holística e integrada, promovendo cuidados que fortalecem a autonomia, resiliência e saúde da família, ao mesmo tempo que garantem uma intervenção profissional eficaz, humanizada e baseada em evidências.

3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

Segundo o INESC TEC (2018), os cuidados de enfermagem especializados constituem um investimento com retorno significativo para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com o mais recente relatório, identifica-se uma crescente necessidade de recursos humanos de saúde devidamente especializados, principalmente na área da enfermagem. A especialização dos enfermeiros revela-se uma aposta estratégica, dado que poderá contribuir significativamente para a redução dos custos financeiros, para a melhoria dos indicadores de saúde, da eficiência e da gestão dos serviços, assim como na melhoria dos níveis de satisfação profissional (INESC TEC, 2018).

Desta forma, a enfermagem especializada desempenha um papel crucial no sistema de saúde, pois, um enfermeiro especialista possui competências avançadas, que vão além da formação básica, assumindo, cada vez mais, um nível de importância e exigência superior.

Neste contexto, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Por conseguinte, o conjunto de competências especializadas sucede ao desenvolvimento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, consolidando as competências comuns e as específicas, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros em diplomas próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Seguindo esta linha de pensamento, neste capítulo procede-se à análise do desenvolvimento das competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros como exigência para a conclusão do presente mestrado.

3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Como já foi referido anteriormente, o título de enfermeiro especialista requer, além das competências específicas de cada especialidade, um conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, aplicáveis em todos os contextos prestadores de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As mesmas, manifestam-se:

1. Na responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Na melhoria continua da qualidade dos cuidados;
3. Na capacidade de gerir os cuidados;
4. No desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Posto isto, as atividades realizadas ao longo deste mestrado, para cumprimento das competências descritas anteriormente, encontram-se explanadas de seguida.

Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

1.1.1. No que se refere à primeira competência no domínio da responsabilidade ética e legal, temos como definida a capacidade da tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A aquisição da presente competência evidencia-se através da utilização de estratégias de resolução de desafios em parceria com o utente, escolhendo em conjunto com o mesmo as intervenções mais adequadas a cada situação, sustentando as escolhas com um pensamento crítico baseado na evidência científica e na formação adquirida. Um exemplo destes decorreu durante a campanha de vacinação sazonal, na qual diversos utentes recusaram a administração da vacina da COVID-19 e gripe, apesar das diversas recomendações clínicas. Após o fornecimento das informações devidas sobre os riscos associados à recusa e a verificação da capacidade do utente para compreender as implicações da sua tomada de decisão, a autonomia foi respeitada, tendo a recusa sido devidamente registada no seu processo clínico.

Adicionalmente, participei em processos de tomada de decisão em equipa, em articulação com a enfermeira orientadora e com a equipa multidisciplinar. Assegurei a minha prática clínica orientada pelos princípios éticos da enfermagem.

1.1.2. A segunda competência do primeiro domínio refere-se à liderança de forma efetiva dos processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, a enfermeira orientadora por diversos momentos atribuiu-me a máxima autonomia no controlo das consultas diárias do seu ficheiro de utentes, assim como a sua gestão, implicando a aquisição de uma postura ativa na tomada de decisão.

Por conseguinte, liderei processos de decisão ética alusivos à priorização dos cuidados de saúde prestados, geri e adequuei as intervenções às necessidades e valores dos utentes perante situações complexas. Simultaneamente, assegurei o respeito pelos princípios da autonomia, beneficência e não maleficência, desempenhando a prática centrada num pensamento crítico e reflexivo.

Esta competência manifestou-se durante o período de campanha da vacinação sazonal contra a COVID-19, num contexto em que o número de doses disponíveis por frasco implica uma gestão rigorosa para evitar o máximo de desperdício. Ao mesmo tempo, que se verificavam situações em que utentes compareciam sem marcação prévia, coincidindo com utentes previamente agendados, o que implicou a necessidade de decisões éticas e fundamentadas, sem comprometer a equidade dos acessos ao serviço.

1.1.3. No seguimento do Regulamento nº140/2019 (2019), pede-se ao enfermeiro que o mesmo avalie o processo e os resultados da tomada de decisão.

Na recusa da administração de vacinas por parte dos utentes, manteve-se a manutenção da relação terapêutica, reforçou-se o incentivo da adesão às restantes intervenções propostas e consequentemente a ausência de conflito institucional.

Desta forma, esta competência foi operacionalizada através da avaliação dos processos de tomada de decisão, analisando as intervenções implementadas e os resultados das mesmas.

Garante que as práticas dos cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

1.2.1. Como unidade de competência da mesma, destaca-se a promoção e a proteção dos direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A dedicação no cumprimento da mesma foi assegurada pela prática profissional orientada na base dos princípios éticos e deontológicos inerentes ao código da enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos dos utentes, nomeadamente na confidencialidade, no acesso à informação e na salvaguarda da privacidade.

Assim, a consulta dos processos clínicos foi realizada apenas nos programas autorizados, utilizando credenciais pessoais e garantindo o bloqueio da sessão antes de qualquer ausência do gabinete. Relativamente à privacidade física, antes da realização de qualquer procedimento, houve a preocupação de assegurar a existência de condições adequadas, como o uso de gabinetes fechados, bem como o respeito pelo tempo do utente para a preparação e espaço para esclarecimento de dúvidas. Enquanto estudante, foi assegurado o consentimento para a minha presença e participação nos cuidados, identificando-me como estudante de mestrado e solicitando autorização para integrar o processo de cuidados.

Complementarmente, incentivei a autonomia, a liberdade de escolha do utente integrando o mesmo e a família deste na definição do plano de cuidados, tendo em consideração os seus valores, crenças e ideologias.

1.2.2. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), a OE impõe ao enfermeiro a gestão na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Posto isto, a gestão das práticas dos cuidados foi orientada para a promoção da privacidade, segurança e dignidade da pessoa, cumprindo os procedimentos da instituição, a adaptação dos cuidados às necessidades pessoais. Importa referir que antes de iniciar qualquer prestação de cuidados foi solicitada a autorização do utente, refletindo o respeito pela escolha do mesmo.

A presente competência evidenciou-se na organização dos cuidados no decorrer do plano de contingência, no

qual se procurou minimizar os riscos e a exposição desnecessária dos utentes, através do incentivo ao uso de máscaras por parte dos profissionais e utentes.

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1.1. A fim de dar resposta à competência exigida pelo presente regulamento, pede-se que o enfermeiro mobilize conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria continua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Posto isto, de forma a trabalhar a competência referida anteriormente, mobilizei os conhecimentos e as competências adquiridas ao longo do mestrado, aplicando-os de forma crítica e reflexiva. Frequentei formações de desenvolvimento pessoal nas áreas da comunicação, permitindo a adoção de estratégias mais estruturadas na transmissão de informação clínica.

A utilização destas técnicas na prática refletiu uma melhoria da clareza informativa e numa melhor adesão às orientações transmitidas.

2.1.2. O enfermeiro orienta projetos institucionais na área da qualidade é outra competência inerente ao Regulamento nº 140/2019 (2019).

Assim, durante o ensino clínico, procurei atingir esta competência através da implementação de projetos institucionais na área da qualidade com a realização de um manual sobre vacinação e as doenças que as mesmas previnem (APÊNDICE VI) e a realização de duas ações de formação distintas para a equipa (APÊNDICE II) e para os utentes, bem como uma ação de formação direcionada à equipa de enfermagem, sobre registos clínicos na consulta do adolescente (APÊNDICE III), reforçando a necessidade de documentação objetiva e estruturada.

Estes projetos de qualidade contribuíram para o impacto organizacional através da uniformização dos registos clínicos e no aumento da literacia em saúde, evidenciando impactos na qualidade dos cuidados.

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

2.2.1. O enfermeiro especialista deve avaliar a qualidade das práticas clínicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A qualidade das práticas clínicas foi avaliada através da análise crítica das intervenções desenvolvidas, da monitorização da adesão às orientações transmitidas aos utentes e da reflexão dos relatórios clínicos estruturados.

2.2.2. Segundo o Regulamento nº140/2019 (2019), é essencial que o enfermeiro especialista planeie programas de melhoria contínua.

Durante o ensino clínico o planeamento de programas de melhoria contínua centrou-se na apresentação de uma ação de formação à equipa de enfermagem sobre os registos clínicos na consulta do adolescente (APÊNDICE III), complementada pela realização de um guia prático de orientação da prática clínica neste

contexto, assim como na elaboração de um manual de vacinação dirigido aos utentes (APÊNDICE VI), a fim de esclarecer eventuais dúvidas, promover a literacia em saúde e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2.2.3. É exigido ao enfermeiro especialista a competência de liderar programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Relativamente à competência descrita anteriormente, a mesma foi concretizada através da identificação das necessidades na prática e da implementação de ações formativas dirigidas tanto à equipa como aos utentes. Disponibilizei-me também para colaborar nos processos de melhoria e no desenvolvimento da qualidade da USF, beneficiando, assim, a segurança e a consistência dos cuidados prestados.

Garante um ambiente terapêutico e seguro

2.3.1. O enfermeiro promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção foi possível através da criação de um espaço de cuidados seguro baseado no respeito, no envolvimento da família nos processos de cuidados e na valorização das dimensões espirituais, culturais e emocionais dos indivíduos. Adicionalmente, foram sempre praticadas práticas que garantiram a confidencialidade e a privacidade.

2.3.2. Outra unidade de competência do domínio anteriormente referido é a participação do enfermeiro na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De forma a dar resposta à competência descrita, participei na gestão do risco ao nível institucional, através da identificação de potenciais situações de risco e do cumprimento das normas e protocolos institucionais. Cumpi as medidas de prevenção e controlo da infeção, nomeadamente, na aplicação dos cinco momentos da higiene das mãos, colaborando também na auditoria da mesma. Por fim, respeitei e realizei o plano de contingência definido pela Unidade Local de Saúde e adotado pela USF, assegurando a segurança dos cuidados em concordância com as orientações institucionais.

Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

3.1.1. Compete ao enfermeiro especialista otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Otimizei a tomada de decisão através da avaliação crítica das necessidades dos utentes, selecionando as intervenções mais adequadas em cada situação, articulando sempre com a equipa multidisciplinar, garantindo decisões devidamente fundamentadas e seguras.

A presente competência evidenciou-se na gestão de situações clínicas que exigiram articulação interdisciplinar perante utentes com diversas necessidades. Exemplo disso foi o acompanhamento de uma grávida que manifestou diversas inseguranças relativamente ao momento do parto, tendo beneficiado de encaminhamento para o curso de preparação para o parto. Outro exemplo envolveu uma criança de um ano com sinais de desnutrição e baixo peso, na qual, após avaliação conjunta com a médica de família, foram definidos objetivos de intervenção.

3.1.2. Ainda no que se refere ao domínio da gestão dos cuidados, está definido que o enfermeiro supervisione as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Deste modo, esta competência evidenciou-se com a participação ativa na realização da auditoria da higienização das mãos, assim como na avaliação do controlo básico de precauções e prevenção de infeções. Esta supervisão de práticas contribuiu ainda para o reforço do conhecimento sobre a aplicação das medidas de prevenção e para o esclarecimento de dúvidas.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

3.2.1. O enfermeiro otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste contexto, otimizei o trabalho de equipa adaptando os recursos disponíveis aos objetivos dos cuidados, articulando com toda a equipa multidisciplinar. Utilizei de forma equilibrada legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, cumprindo os objetivos definidos durante os estágios através de métodos de trabalho.

3.2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Adaptei o meu estilo de liderança ao contexto do local de estágio e ao clima organizacional, promovendo através de uma comunicação eficaz, estratégias de motivação. O ajuste de liderança evidenciou-se na participação da equipa nas ações formativas realizadas.

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

4.1.1. O enfermeiro especialista detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

Ao longo do presente mestrado, desenvolvi a consciência pessoal enquanto pessoa e enquanto enfermeira. Através das reflexões pessoais sobre as experiências clínicas, trabalhei emoções, limites e necessidades, o que permitiu ajustar a minha prática de forma ética, responsável e centralizada no utente. Este processo contribuiu para uma gestão eficaz das emoções e para o reforço da minha identidade enquanto enfermeira.

4.1.2. Como unidade de competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais espera-se que o enfermeiro gere respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Considero que ao longo dos ensinos clínicos evidenciou-se a capacidade de adaptação a nível individual e organizacional, sendo capaz de ajustar a minha prática a diversos contextos clínicos, dinâmicas e necessidades. Perante situações inesperadas, respondi de forma eficaz na reorganização das prioridades e na adoção de estratégias flexíveis, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

4.2.1. O enfermeiro responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De forma a cumprir com a presente unidade de competência, no início do primeiro ensino clínico procurei saber quais as necessidades de formativas da unidade, colaborando na formação interna em saúde familiar com a duas formações em equipa (“doenças que as vacinas previnem” e “registos de enfermagem na consulta do adolescente”).

4.2.2. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve suportar a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Como tal, suportei a minha prática na evidência científica disponível, recorrendo à pesquisa, análise e aplicação do conhecimento na tomada de decisão. Integrei resultados de estudos, normas e recomendações atualizadas na prestação de cuidados. Realizei um estudo de investigação que se encontra descrito no capítulo 4 do presente relatório, o qual foi também submetido à Revista de Enfermagem Referência. O cumprimento desta competência contribuiu para o desenvolvimento de uma prática fundamentada e atualizada.

4.2.3. O enfermeiro promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo do presente percurso académico, trabalhei conhecimentos de enfermagem que sustentam uma prática clínica especializada segura e exigente. Nos ensinos clínicos, apliquei o conhecimento científico, os modelos e teorias de enfermagem, participando ativamente na implementação dos padrões de qualidade a fim de melhorar a segurança dos cuidados. O domínio da segurança e prevenção de complicações, foi enaltecido através da participação ativa na auditoria da higiene das mãos, no reforço à adesão de boas práticas e o cumprimento da identificação inequívoca do utente antes de qualquer procedimento de enfermagem, através da confirmação de dados pessoais. No âmbito da organização dos cuidados foram promovidos registos clínicos estruturados e claros, como guias orientadores das consultas do adolescente, garantindo que a informação relevante se encontrava devidamente documentada.

3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 (2018) os cuidados de saúde primários têm sofrido uma evolução diária, assumindo uma notória dimensão no tratamento da doença e na sua prevenção. Esta relevância reflete-se no papel que é atualmente atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deve ser figura participativa e essencial na garantia do acesso e da prestação dos cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Considerando que este conjunto de competências clínicas especializadas visa estabelecer um enquadramento um regulador para a certificação profissional e informar os cidadãos sobre o que esperar dos especialistas na presente área (Regulamento n.º 428/2018, 2018), torna-se essencial que, no decorrer do ensino clínico, exista o cumprimento rigoroso dessas competências.

Neste contexto, segundo o Regulamento n.º 428/2018 (2018), as atribuições específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, incluem: Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Contudo, torna-se relevante referenciar as unidades de competência e as atividades desenvolvidas ao longo do presente ensino clínico.

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.

1.1. Relativamente à primeira competência do enfermeiro especialista, esta define que deve ser estabelecida uma relação com a família com vista à promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações complexas (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Ao refletir sobre a presente competência, é importante mencionar que a empatia deve ser treinada e experienciada, funcionando como alicerce facilitador da relação terapêutica (Fontgalland et al., 2018 *as cited in* Santos et al., 2024). Deste modo, considero que ao longo do ensino clínico foi possível cumpri-la através da empatia, do respeito pela privacidade, da comunicação eficaz e da disponibilidade demonstrada.

Os diversos contactos estabelecidos com os utentes, assim como, o conhecimento progressivo sobre as suas histórias clínicas, preferências, potencialidades e receios, aliados à utilização de técnicas como a validação emocional, a comunicação circular e o silêncio terapêutico contribuíram para o estabelecimento contínuo de uma relação de confiança entre enfermeiro e família.

Como evidência do cumprimento da mesma, encontra-se em apêndice o MCAIF realizado a uma família com um filho adolescente (APÊNDICE I). Apesar das inseguranças próprias desta etapa de desenvolvimento, foi possível realizar uma recolha de dados detalhada de cada membro da família e implementar intervenções direcionadas, que se refletiram como promotoras de ganhos em saúde, nomeadamente na maior facilidade de verbalização de sentimentos por parte de cada elemento.

1.2. No que diz respeito à segunda competência, esta determina a pertinência da recolha de dados relevantes sobre o estado de saúde da família (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Considerando a competência anteriormente descrita, conclui-se que esta foi alcançada através da aplicação prática do MCAIF, numa fase inicial de contacto com as famílias, permitindo uma avaliação abrangente do sistema familiar, e do MDAIF nas fases subsequentes, quando a avaliação exigia um maior foco na identificação dos diagnósticos de enfermagem e na implementação de intervenções dirigidas à mudança.

A implementação dos modelos exige uma recolha de dados sistemática e rigorosa, sendo fundamental para uma avaliação eficaz da saúde da família. Assim, a recolha foi realizada por meio de análise do processo clínico, complementada pela informação fornecida verbalmente e individualmente por cada elemento da família, pela observação direta do contexto físico e social onde a família habita e pela identificação e caracterização das redes de apoio disponíveis.

Esta abordagem permitiu reunir dados significativos, principalmente através das nove visitas domiciliárias realizadas às famílias, assegurando uma compreensão global do ambiente familiar e a implementação de intervenções mais ajustadas às necessidades identificadas. Foram consideradas as potencialidades e fragilidades das famílias, promovendo um processo de mudança mais sustentado, impactando positivamente a coesão e união familiar.

1.3. A monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, constitui outra competência do Regulamento n.º 428/2018 (2018).

Tendo em conta o critério de avaliação da presente competência: os conhecimentos baseados na evidência científica, a análise do histórico familiar, relações entre os membros, identificação da influência das etapas de desenvolvimento, crenças culturais, espirituais, fatores ambientais, recursos familiares e a avaliação do estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente (Regulamento n.º 428/2018, 2018) reputo o cumprimento da mesma.

Nos contactos presenciais estabelecidos com os utentes, foi verificada e registada a etapa do ciclo vital da família, com base na Teoria do Desenvolvimento Familiar de Duvall. Adicionalmente, foram ainda considerados o tipo de família, a avaliação socioeconómica segundo a Escala de Graffar, as potencialidades da família, aplicando a prática do cuidar baseado nas forças, os vínculos familiares, estádios e tarefas, assim como as crenças e valores familiares. Não foram identificadas crenças que interferissem significativamente com os cuidados de saúde prestados, sendo mais frequentes as relacionadas com práticas alimentares. Por outro lado, muitas famílias identificaram a fé e a religião como potencial força familiar.

1.4. O desenvolvimento da prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica é também uma competência específica do enfermeiro especialista em saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A Prática baseada na evidência (PBE) caracteriza-se como uma abordagem à resolução de problemas através da tomada de decisão devidamente informada pela melhor evidência, tendo sempre em consideração o juízo crítico e a experiência do enfermeiro, bem como as preferências da pessoa cuidada (Santos et al., 2024).

Desta forma, sendo que a exigência e a complexidade associada à prestação de cuidados de saúde estão a aumentar, torna-se imperativa a adoção de uma PBE (Teixeira, 2021). Por este motivo, no decorrer do ensino clínico, o meu exercício profissional foi pautado na evidência científica, pela aplicação de modelos de avaliação familiar, pela utilização de teorias de enfermagem e pelo cumprimento rigoroso de normas e diretrizes devidamente atualizadas, como o Plano Nacional de Vacinação.

1.5. No que concerne à competência que define o enfermeiro especialista como elemento que intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas (Regulamento n.º 428/2018, 2018), importa referir que, as estruturas familiares são cada vez mais complexas e o acompanhamento dos enfermeiros e o conhecimento teórico e prático sobre a reestruturação dos processos são essenciais na influência dos cuidados de saúde prestados, promovendo a manutenção da saúde familiar (Gage et al., 2006).

Assim, frequentemente, são os enfermeiros os primeiros prestadores de cuidados de saúde dos utentes e das famílias que se encontram em qualquer processo de transição, por este motivo, os mesmos devem ter em consideração as mudanças e as exigências que as transições provocam nas vidas das famílias (Tralhão et al., 2020).

Enquanto enfermeira que acompanha famílias em diferentes transições ao longo do ciclo de vida, sejam elas normativas ou não normativas, considero que aprofundi técnicas e conhecimentos que fortaleceram os cuidados prestados, garantindo sempre a segurança e qualidade dos mesmos. Realizei duas entrevistas familiares estruturadas, orientando-me pelas Competências Clínicas de Comunicação de Cardoso (2012), permitindo uma abordagem mais centrada nas necessidades da família. Para além disto, recorri a técnicas motivacionais, como a entrevista motivacional, também com base nas orientações propostas por Cardoso (2012) promovendo assim uma comunicação empática com os utentes.

As presentes ferramentas facilitaram a implementação de intervenções adequadas e os processos de transição das famílias. Inquestionavelmente, os enfermeiros são profissionais que desempenham um papel fundamental na preparação dos utentes para a transição, contribuindo para o desenvolvimento de novas competências e facilitando o processo de adaptação (A. I. Meleis et al., 2000).

1.6. Em consonância com a competência anteriormente referida, destaca-se a capacidade de facilitar a adaptação da família em situação de transição complexa (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

De acordo com a teoria de Transição de Meleis, um processo de transição é caracterizado pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões com diferentes significados, determinados pela perceção de cada pessoa, tendo como resultado, mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos com os outros e nos diferentes ambientes (Guimarães & Silva, 2016).

Numa situação de transição de saúde-doença, compete ao enfermeiro assumir-se como um elemento facilitador no processo de transição, tendo como objetivo potenciar a pessoa e a família para uma transição saudável, que se revela de grande importância no âmbito dos cuidados humanizados em enfermagem (Meleis, 2010).

Para desenvolver esta competência, apliquei o MCAIF numa família que selecionei pela transição complexa que vivenciava, marcada pela presença de um familiar com diabetes mellitus tipo 2 e de um filho adolescente com malformação cardíaca congénita. Avaliei a funcionalidade da mesma nos processos de transição, com base na Teoria das Transição de Meleis, posteriormente identifiquei fragilidades e potencialidades da família, assim como a sua rede de apoio e comunidade envolvente, de forma a implementar intervenções específicas, orientadas para a promoção de uma resposta de transição saudável perante os desafios impostos pela doença crónica.

1.7. Ainda no âmbito das competências relacionadas com o cuidar da família como unidade ao longo das etapas do ciclo vital, destaca-se a competência que exige ao enfermeiro o envolvimento de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Segundo Chirelli & Sordi (2021), a avaliação dos enfermeiros é essencial na reformulação do perfil de competências e na formação do mesmo, esta funciona como uma ferramenta fundamental na construção do perfil de competências.

Ao longo do presente ensino clínico, procurei refletir diariamente, de forma assertiva e rigorosa sobre a minha prática diária, sempre com a perspetiva de melhorar o meu desempenho profissional e contribuir para a prestação de cuidados de maior qualidade. Paralelamente a isto, mantive uma postura proativa, demonstrada na iniciativa em realizar entrevistas familiares estruturadas com recurso ao MCAIF, na avaliação das condições habitacionais, na dinamização de ações formativas e na criação de materiais de apoio para os utentes e para as consultas. Esta atitude refletiu uma procura de novas estratégias e métodos que pudessem transformar e aperfeiçoar o meu exercício profissional. Por fim, considero que exerci cuidados de enfermagem em conformidade com o Código Deontológico.

1.8. Finalizando as competências nos cuidados à família como um todo, pede-se ao enfermeiro que formalize a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Neste contexto, na procura da excelência na prática profissional, o Enfermeiro Especialista em saúde familiar persegue elevados níveis de satisfação da família (Regulamento n.º 367/2015:, 2015).

Deste modo, no decorrer do presente mestrado, prestei cuidados de enfermagem às famílias com base na empatia e no respeito, sempre com a perspetiva de promover uma relação terapêutica eficaz e a satisfação dos cuidados recebidos. Além da dimensão relacional, procurei avaliar sistematicamente as intervenções de enfermagem implementadas, por meio da utilização periódica do MDAIF e dos registos clínicos estruturados, com o objetivo de identificar as respostas da família, reconhecer novas necessidades e ajustar as intervenções, a fim de alcançar novos ganhos em saúde.

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde familiar

2.1. As equipas multiprofissionais possuem uma elevada capacidade teórica e científica para oferecer uma resposta qualificada e resolutive aos utentes (Santos Da Cunha et al., 2022).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, foi possível uma adequada integração na equipa da USF, o que me permitiu participar de forma ativa e articulada com as diferentes categorias profissionais, contribuindo na gestão e continuidade dos cuidados de saúde prestados às famílias.

Desenvolvi intervenções de educação para a saúde com as famílias, através da elaboração e apresentação do manual de vacinação, promovendo a literacia sobre as doenças prevenidas pela vacinação. As presentes intervenções contribuíram para uma resposta mais informada e centrada nas necessidades dos utentes, evidenciando assim o cumprimento desta competência.

2.2. A competência referente à gestão e liderança, diz respeito à gestão do sistema de cuidados de saúde familiar, abrangendo os diferentes níveis de prevenção, conforme descrito no (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Ao longo da realização dos ensinamentos clínicos do mestrado, desenvolvi e consolidei esta competência, através do trabalho ativo na organização e gestão dos cuidados de saúde, considerando os diversos níveis de prevenção.

Neste contexto, realizei uma ação de formação direcionada à equipa de enfermagem sobre registos clínicos na consulta do adolescente, contribuindo para a melhoria da prática profissional. Adicionalmente, participei na auditoria da higienização das mãos reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, e por fim, realizei um manual de vacinação, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos utentes da USF e promover comportamentos preventivos.

Em suma, o desenvolvimento das competências descritas permitiu-me compreender e trabalhar o exercício do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, o qual exige não só o domínio técnico e científico, mas também o domínio das capacidades de liderança, tomada de decisão e reflexão crítica.

Durante o decorrer dos ensinamentos clínicos reconheço que este último domínio constituiu o maior desafio, nomeadamente na aquisição de uma postura assertiva enquanto estudante em contexto clínico.

Todavia, reconheço que o presente percurso permitiu o enriquecimento de diversos conhecimentos e o consolidar de competências fundamentais para a prática especializada, constituindo-se como elementos essenciais para o futuro. Contudo, a necessidade de aprofundar competências no domínio da liderança, particularmente, ao nível da gestão e da implementação de projetos de melhoria contínua, identifica-se como uma necessidade de aprimoramento futuro.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A investigação científica constitui uma atividade essencial na aquisição de novos conhecimentos científicos, caracterizando-se por ser objetiva, sistemática, clara, organizada e verificável, validando teorias confrontando-as com a realidade (Vilelas, 2020).

A prática baseada na evidência consiste numa abordagem em saúde que promove processos de tomada de decisões seguras, baseadas na melhor evidência científica disponível, apoiando a escolha de intervenções nos cuidados (J. D. O. M. Silva et al., 2020).

Neste contexto, a implementação da prática baseada na evidência revela-se como fundamental na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a eficácia dos cuidados de enfermagem, para a segurança dos cuidados, e para a valorização e satisfação profissional, bem como a satisfação do utente (Santos et al., 2024). Adicionalmente, os artigos científicos constituem o principal meio de divulgação do conhecimento na comunidade científica, possibilitando a partilha de resultados de investigação e o desenvolvimento de determinadas áreas do saber, sendo que a sua publicação em revistas científicas indexadas e de qualidade representa um contributo relevante para a evolução profissional, garantindo a evolução da ciência e da academia (Vilelas, 2020).

Neste enquadramento, apresenta-se de seguida o artigo científico resultante da presente investigação, submetido para publicação numa revista científica (ANEXO V), constituindo assim um contributo para a produção e disseminação do conhecimento.

REFERÊNCIA – Revista de Enfermagem

Conhecimento parental dos pais que frequentam as consultas dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Parental knowledge of fathers attending primary health care consultations in Portugal.

Conocimiento parental de los padres que asisten a las consultas de atención primaria de salud en Portugal.

4.1 Introdução

No seguimento das Metas de Desenvolvimento do Milénio, a saúde infantil tem apresentado progressos significativos, nomeadamente na redução da mortalidade e no aumento do acesso aos serviços de saúde, no entanto, mais do que assegurar a sobrevivência, torna-se fundamental promover condições que garantam a qualidade de vida e um desenvolvimento infantil saudável (Falbo et al., 2012).

O desenvolvimento infantil é definido como um processo contínuo, com início na gravidez e prolongando-se até à idade adulta, sendo influenciado por fatores biológicos, ambientais e relacionais que podem moldá-lo de forma positiva ou negativa (Beltre & Mendez, 2025). Neste contexto, a primeira infância assume um caráter estratégico para o desenvolvimento humano, uma vez que corresponde a um período de intensa plasticidade cerebral, durante o qual as experiências precoces exercem um impacto determinante na estrutura e funcionamento do cérebro da criança (Perdue et al., 2022).

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) estabelece como objetivo prioritário a avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil, enfatizando a análise da evolução das curvas de crescimento, dos aspetos do desenvolvimento psicossocial e abordagem de atividades promotoras de desenvolvimento em todas as consultas de vigilância (Direção-Geral da Saúde, [DGS], 2013). Neste âmbito, o enfermeiro de família assume um papel de destaque enquanto profissional que intervém diretamente com a criança e a família, devendo considerar não apenas os aspetos biológicos e clínicos, mas também as múltiplas dimensões que influenciam a saúde infantil, de modo a prestar cuidados integrados e abrangentes (Falbo et al., 2012).

As intervenções parentais são essenciais para atingir um desenvolvimento infantil saudável, aprofundar o conhecimento, as práticas parentais e reforçar as interações entre os pais e os filhos (Li et al., 2022 & Jeong et al., 2021). Todavia, apesar dos avanços nesta temática, ainda existem lacunas na investigação sobre a relação e participação de homens no cuidado à criança (Aquino et al., 2024).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento parental dos pais do sexo masculino relativamente ao desenvolvimento infantil, no âmbito das consultas de saúde infantil dos cuidados de saúde primários em Portugal, identificando fragilidades e necessidades formativas que sustentem intervenções de enfermagem promotoras do envolvimento paterno e do desenvolvimento saudável da criança.

4.2 Enquadramento

A necessidade de um acompanhamento sistemático e contínuo por parte dos profissionais de saúde, em parceria com a família e a comunidade, permite a identificação precoce de alterações e a implementação atempada de intervenções adequadas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2005).

Neste sentido, torna-se essencial que o enfermeiro compreenda a infância e os contextos que influenciam o desenvolvimento infantil, desde o micro-sistema familiar até ao macro-sistema cultural em que a criança se

insere, a fim de garantir que esta recebe cuidados de saúde adequados e contextualizados face às suas condições de vida, beneficiando de intervenções específicas às suas necessidades (Falbo et al., 2012).

Contudo, a nível nacional, 10 a 20% da população pediátrica, apresenta alguma perturbação do desenvolvimento, constituindo uma das patologias crónicas mais presentes e com tendência crescente, sendo a resposta das consultas especializadas em neurodesenvolvimento insuficiente face às necessidades da população de Portugal Continental e Ilhas (Oliveira et al., 2012).

A família constitui o principal contexto de desenvolvimento da criança, sendo amplamente reconhecida a sua influência nos resultados desenvolvimentais. O PNSIJ recomenda que os profissionais incentivem os pais e cuidadores a expressarem dúvidas e preocupações, bem como avaliem a relação emocional estabelecida com a criança, promovendo uma relação terapêutica baseada na confiança e na escuta ativa (Rodrigues & Melo, 2020). Assim, o bem-estar e a estabilidade familiar assumem-se como fatores determinantes para a prestação de cuidados adequados, constituindo importantes preditores do desenvolvimento infantil (Brambila et al., 2015)

Neste cenário, a participação paterna no desenvolvimento infantil tem vindo a assumir uma crescente relevância, influenciada por mudanças sociais, económicas e culturais que redefinem as dinâmicas familiares (Duarte et al., 2024). Segundo Duarte et al. (2024), o atual modelo de paternidade caracteriza-se por um pai mais participativo, envolvido na criação de vínculos afetivos e na partilha das responsabilidades parentais.

A evidência científica demonstra que o envolvimento do pai contribui com benefícios significativos no desenvolvimento infantil, nomeadamente ao nível da segurança emocional, do fortalecimento dos vínculos familiares, da formação da personalidade e do desenvolvimento socioemocional (Carneiro et al., 2013).

Apesar destes benefícios, alguns estudos identificaram que as orientações fornecidas pela equipa de enfermagem possibilitaram a compreensão das necessidades da criança e aumentaram a confiança paterna, proporcionando experiências e emoções positivas entre pai e filho (Cordeiro de Lima & Saraiva Aguiar, 2020). No entanto, verifica-se que a ausência de competências dos homens, associadas às inseguranças em lidar com as crianças, reflete ainda a insuficiência das orientações oferecidas pelos cuidados de saúde primários (Rêgo et al., 2016).

Assim, evidencia-se a relevância do enfermeiro de família nas consultas de saúde infantil, particularmente na promoção da presença e do envolvimento paterno, valorizando o papel do pai desde o início do acompanhamento e fortalecendo a sua confiança nos cuidados prestados em contexto familiar (Aquino et al., 2024).

4.3 Questão de investigação

Analisar a associação entre a frequência das consultas de enfermagem de saúde infantil e o conhecimento parental dos pais

4.4 Metodologia

Realizou-se um estudo observacional, transversal e analítico, envolvendo pais do sexo masculino de crianças entre 1 e 3 anos, residentes em Portugal e proficientes em língua portuguesa. A amostra foi não probabilística, obtida por conveniência e técnica de bola de neve, através da divulgação do questionário online nas redes sociais. O tamanho mínimo da amostra foi calculado para um nível de significância de 0,05, poder de 80% e efeito médio ($r = 0,30$), resultando em 84 participantes; a amostra final incluiu 103 pais. Foram incluídos pais biológicos, adotivos ou afetivos, com idade ≥ 18 anos e filhos entre 1 e 3 anos. Excluíram-se respostas incompletas ou que não cumpriam os critérios de inclusão.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário autoaplicável em Microsoft Forms, composto por variáveis sociodemográficas, frequência de participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil e avaliação do conhecimento parental através da versão portuguesa da escala KIDI-P Nobre-Lima et al., (2014). As respostas à escala foram obtidas através de três opções (“concorda”, “discorda” e “não tem certeza”), classificadas segundo a chave de correção original, permitindo o cálculo dos índices de confiança, precisão e total. A consistência interna da versão portuguesa da escala KIDI-P apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,85, semelhante ao obtido na versão original ($\alpha = 0,82$), evidenciando bons níveis de fiabilidade (Nobre-Lima et al., 2014). A utilização da escala foi previamente autorizada pelas autoras responsáveis pela sua adaptação e validação.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, garantindo consentimento informado, anonimato e confidencialidade.

Os dados recolhidos foram tratados e analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial. As variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, bem como por medidas de tendência central e de dispersão. Apesar de alguns testes de normalidade apresentarem valores de $p < 0,05$, optou-se pela utilização de testes paramétricos, considerando a robustez destes testes em amostras superiores a 30 e a ausência de desvios relevantes à normalidade observados graficamente. Para analisar diferenças entre variáveis categóricas utilizou-se o teste do qui-quadrado e, para comparação de médias entre três ou mais grupos, o teste ANOVA one-way. As análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics.

4.5 Resultados

A amostra do presente estudo é constituída por 103 participantes. Relativamente à idade, 8 participantes (7,8%) apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 27 anos, 52 (50,5%) situam-se na faixa etária dos 28 aos 37 anos, 42 (40,8%) têm idades entre os 38 e os 46 anos e um participante (1,0%) encontra-se no grupo etário dos 47–55 anos. Não se registou participantes com idade superior a 55 anos.

Observou-se um aumento progressivo da média do score total de conhecimento parental com o aumento da idade. O grupo dos 18–27 apresentou uma média de 0,586, o grupo dos 28–37 anos de 0,622 e o grupo dos 38–46 anos de 0,670. A análise de variância de um fator (ANOVA) revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,026$). O grupo etário dos 47–55 não foi incluído na comparação estatística devido ao reduzido número de participantes.

Quanto ao número de filhos, 51,5% tinham um filho, 41,7% dois e 6,8% três. Verificou-se um aumento gradual da média do total de conhecimento parental em função do número de filhos, com valores de 0,604 para participantes com um filho, 0,676 para participantes com dois filhos e média de 0,700 para aqueles com três filhos. A análise ANOVA revelou diferenças altamente significativas entre os grupos ($p = 0,001$).

Relativamente ao nível de escolaridade, sete participantes (6,8%) possuem o 9.º ano, 30 (29,1%) têm o 12.º ano, 31 (30,1%) possuem licenciatura e 35 (34,0%) detêm grau de mestre, não tendo sido registado participantes com grau de doutoramento. O grupo com 12.º ano apresentou a média mais baixa de conhecimento parental ($M=0,595$), seguido do grupo com licenciatura ($M=0,640$). O grupo com o 9.º ano apresentou uma média de 0,645, enquanto o grupo com grau de mestrado apresentou a média mais elevada de 0,679. A análise ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p = 0,015$).

Quanto à área profissional, a tecnologia e engenharia é a mais representada com 37,9% dos participantes, seguida da área da Saúde e Bem-estar (14,6%), Indústria e Construção (12,6%), Gestão e Administrativa (11,7%), Comercial e “Marketing” (7,8%), Outras áreas (6,8%), Defesa e Segurança (5,8%) e por fim a área da Educação (2,9%). A média mais elevada foi registada no grupo da Educação sendo seguido das áreas de Defesa & Segurança com uma média de 0,681 e Saúde & Bem-Estar que apresentou uma média de 0,679. A área da

Indústria & Construção obteve uma média de 0,645, seguido da área da Tecnologia & Engenharia que apresentou uma média de 0,639. Comercial & Marketing evidenciou uma média de 0,629, muito idêntica à de Gestão & Administrativo com uma média de 0,619. O grupo “Outras profissões” apresentou uma média de 0,537, sendo esta a mais baixa. Apesar de se observarem variações nas médias do score total de conhecimento parental entre as diferentes áreas profissionais, a análise ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,097$).

As tabelas seguintes apresentam as associações entre o número de consultas de saúde infantil e os índices de precisão, tentativas e score total da escala KIDI-P por ano de vida.

Tabela 1- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e o índice de confiança/tentativas sobre o conhecimento parental, por ano de vida.

Ano de Vida	Nº de Consultas	M (DP)	Diferença média (B)	IC 95%	<i>p</i>
1º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,862 (0,137)	-	-	-
	1-2 consultas	0,855 (0,159)	-0,007	-0,150 ; 0,135	0,919
	≥ 3 consultas	0,816 (0,133)	-0,046	-0,176 ; 0,084	0,485
2º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,808 (0,181)	-	-	-
	1-2 consultas	0,814 (0,155)	+0,006	-0,105 ; 0,117	0,916
	3 consultas	0,842 (0,121)	+0,034	-0,066 ; 0,135	0,505
3º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,828 (0,168)	-	-	-
	1-2 consultas	0,889 (0,093)	+0,062	-0,022 ; 0,145	0,148

NOTA. M = Média; DP = Desvio padrão; IC = Intervalo de confiança; *p* = Probabilidade de significância

Através dos resultados da tabela 1, podemos verificar que não se observam associações estatisticamente significativas entre o número de consultas de saúde infantil e o índice de confiança/tentativas do conhecimento parental. No 1º e 2.º ano de vida, as diferenças médias entre os grupos com consultas e o grupo de referência (0 consultas) foram não significativas ($p > 0,05$). Da mesma forma, no 3.º ano de vida, apesar de se observar um valor médio superior no grupo com “uma a duas consultas”, esta diferença não alcançou uma significância estatística.

Tabela 2- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e a precisão das respostas dadas sobre o conhecimento parental, por ano de vida.

Ano de Vida	Nº de Consultas	M (DP)	Diferença média (B)	IC 95%	<i>p</i>
1º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,834 (0,032)	-	-	-
	1-2 consultas	0,763 (0,068)	-0,071	-0,112 ; -0,029	< 0,001
	≥ 3 consultas	0,785 (0,065)	-0,049	-0,082 ; -0,016	0,004
2º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,763 (0,089)	-	-	-
	1-2 consultas	0,798 (0,070)	+0,035	-0,019 ; 0,088	0,201
	3 consultas	0,771 (0,059)	+0,008	-0,041 ; 0,058	0,742
3º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,766 (0,082)	-	-	-
	1-2 consultas	0,772 (0,056)	+0,006	-0,036 ; 0,048	0,782

NOTA. M = Média; DP = Desvio padrão; IC = Intervalo de confiança; p = Probabilidade de significância

Na Tabela 2 verifica-se, no 1.º ano de vida, uma associação estatisticamente significativa entre o número de consultas de saúde infantil e a precisão das respostas sobre conhecimento parental, sendo que os grupos que frequentaram “uma a duas consultas” e “três ou mais consultas” apresentam diferenças médias negativas significativas quando comparados com o grupo de referência. Todavia, no 2.º e 3.º ano, não se identificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, indicando que a associação observada no primeiro ano não se mantém nos anos subsequentes.

Tabela 3- Associação entre o número de consultas de saúde infantil e o score TOTAL de conhecimento parental, por ano de vida.

Ano de Vida	Nº de Consultas	M (DP)	Diferença média (B)	IC 95%	<i>p</i>
1º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,718 (0,115)	-	-	-
	1-2 consultas	0,648 (0,123)	-0,070	-0,188 ; 0,048	0,246
	≥ 3 consultas	0,637 (0,101)	-0,081	-0,189 ; 0,027	0,142
2º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,611 (0,143)	-	-	-
	1-2 consultas	0,646 (0,122)	+0,035	-0,053 ; 0,123	0,434
	3 consultas	0,646 (0,089)	+0,035	-0,044 ; 0,114	0,390
3º Ano de vida	0 consultas (ref.)	0,629 (0,127)	-	-	-
	1-2 consultas	0,686 (0,078)	+0,057	0,007 ; 0,121	0,083

NOTA. *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; *IC* = Intervalo de confiança; *p* = Probabilidade de significância

Na Tabela 3 verifica-se que, no 1.º e 2.º ano de vida, não existem associações estatisticamente significativas entre o número de consultas de saúde infantil e o score total de conhecimento parental. Já no 3.º ano de vida, o grupo que referiu frequentar uma a duas consultas apresenta uma média superior ao grupo de referência. Contudo, esta diferença revela apenas significância marginal, não permitindo estabelecer uma associação estatisticamente robusta.

4.6 Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam que fatores sociodemográficos, nomeadamente a idade, o número de filhos e a escolaridade, estão associados ao conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil.

Verificou-se um aumento do conhecimento parental com a idade, sugerindo que fatores como maturidade, experiência acumulada e maior exposição a contextos parentais podem contribuir para uma melhor compreensão do desenvolvimento infantil. Este resultado pode também refletir um efeito de coorte ou maior investimento no papel parental em idades mais avançadas, em linha com Jadva et al. (2022), que associam a idade parental a maior estabilidade emocional e experiência acumulada. Contudo, estes achados divergem dos estudos de Rodrigues & Melo (2020) e de Vale-Dias & Nobre-Lima (2018), nos quais não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o conhecimento parental e a idade dos participantes.

A associação entre maior número de filhos e níveis superiores de conhecimento parental reforça o papel da aprendizagem experiencial na aquisição de competências parentais. Este resultado sugere que o conhecimento parental é, em parte, construído através da prática repetida e da exposição contínua a situações de cuidado, o que tem implicações para a intervenção em enfermagem, particularmente na necessidade de apoiar pais primíparos, que apresentam menor experiência acumulada. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Vale-Dias & Nobre-Lima (2018), que demonstraram que pais com maior número de filhos tendem a apresentar maior conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e maior confiança nas suas respostas. Adicionalmente, a teoria de aprendizagem de Thorndike, particularmente a lei do exercício, pode contribuir para interpretar estes resultados, uma vez que a repetição e a experiência prática tendem a fortalecer o conhecimento adquirido (Melo, 2024).

Apesar de se terem identificado diferenças estatisticamente significativas entre níveis de escolaridade, não se verificou um padrão linear consistente, uma vez que participantes com menor escolaridade apresentaram valores superiores aos de alguns grupos com formação académica mais elevada. Este resultado sugere que o conhecimento parental poderá depender mais da experiência prática e do envolvimento direto no cuidado à criança do que exclusivamente do nível de escolaridade formal, levantando a hipótese de que a literacia em saúde parental não se traduz automaticamente a partir da educação académica. Alguns estudos indicam que pais mais velhos tendem a apresentar um aumento do nível de conhecimento parental, possivelmente devido a experiências de vida mais amplas, maior facilidade no acesso à informação ou maior tendência na procura do conhecimento no exercício do papel parental (Awad et al., 2025). Este resultado sugere que o conhecimento parental não depende exclusivamente da escolaridade, podendo ser influenciado por outros fatores, como a experiência prática, o acesso a informação ou o envolvimento ativo nos cuidados à criança, o que contrasta com os resultados obtidos no estudo Cruz (2017), que identificou uma associação positiva entre o maior nível de escolaridade e maior conhecimento parental.

A ausência de associação entre área profissional e conhecimento parental sugere que o contexto ocupacional poderá ter um impacto limitado neste domínio, sendo outros fatores, como a experiência parental e o acesso

à informação, potencialmente mais determinantes, alinhando-se com o estudo de Rodrigues & Melo (2020), no qual também não se verificaram associações entre a profissão e conhecimento parental. De forma global, os resultados sugerem que alguns fatores sociodemográficos influenciam o conhecimento parental, conduzindo à rejeição da hipótese nula de que estes fatores não teriam impacto neste domínio.

Relativamente à hipótese principal do estudo, os resultados não evidenciam uma associação consistente entre a frequência das consultas de enfermagem de saúde infantil e o conhecimento parental, particularmente nos primeiros dois anos de vida. No primeiro ano, observou-se uma associação inversa entre o número de consultas e a precisão das respostas, sugerindo que pais com menor conhecimento poderão recorrer mais frequentemente aos serviços de saúde, o que levanta a hipótese de causalidade inversa. Esta ausência de relação poderá ser reflexo do crescente recurso dos pais a fontes alternativas de informação em saúde, nomeadamente através da internet e de tecnologias digitais, tendência amplamente documentada na literatura, onde se observa que cada vez mais os pais recorrem à internet para obter informação relacionada com a saúde e desenvolvimento dos filhos (Marengo et al., 2022; Pehora et al., 2015).

A literatura evidencia que os pais procuram frequentemente informação sobre temas relacionados com os primeiros anos de vida da criança, incluindo alimentação, amamentação, padrões de sono, prevenção de acidentes e marcos do desenvolvimento motor (Machado & Salomão, 2022). Assim, verifica-se que a ampla disponibilidade de informação sobre desenvolvimento infantil tende a uniformizar o conhecimento parental, independentemente da frequência das consultas, o que ajuda a explicar a ausência de diferenças significativas entre faixas etárias.

Por outro lado, no terceiro ano de vida, observou-se uma tendência, com significância marginal, para um maior conhecimento parental entre quem frequenta consultas, possivelmente porque esta fase envolve desafios de desenvolvimento mais complexos, sobretudo ao nível linguístico, social e emocional (American Academy of Pediatrics, 2023). Distintivamente dos primeiros dois anos, em que os marcos são mais visíveis e mais divulgados, aos três anos, o desenvolvimento torna-se menos intuitivo e mais difícil de interpretar apenas com informação informal, o que pode levar os pais a valorizar mais o acompanhamento profissional e explicar a associação observada entre frequência das consultas e maior conhecimento parental. Paralelamente a isto, a ausência de diferenças significativas no primeiro e segundo ano de vida poderá também refletir a própria estrutura das consultas de enfermagem neste período, fortemente centradas em procedimentos técnicos, como vacinação, avaliação antropométrica, rastreios e registos clínicos, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), limitando o tempo disponível para intervenções educativas aprofundadas.

Neste sentido, a natureza mais diretiva das consultas nos primeiros dois anos, centradas em procedimentos técnicos, pode influenciar o impacto na diferenciação do conhecimento parental, ao passo que, no terceiro ano, a menor carga técnica e o maior foco na monitorização do desenvolvimento favorecem uma abordagem mais reflexiva, potenciando a consolidação desse conhecimento. Estes resultados são consistentes com um estudo que refere que as orientações centradas maioritariamente em questões clínicas e procedimentos técnicos deixam lacunas em dimensões do conhecimento parental (Alhayli et al., 2024). Assim, torna-se possível evidenciar a qualidade e profundidade da interação estabelecida ao longo do tempo.

Globalmente, os resultados sugerem que o conhecimento parental é um constructo multifatorial, influenciado por experiência, características individuais e acesso a informação, não sendo exclusivamente determinado pela utilização dos serviços de saúde.

As principais limitações do estudo incluem o desenho transversal, que impede estabelecer causalidade, a possibilidade de variáveis confundidoras, como a escolaridade parental e o uso de um questionário online, que não permite controlar o contexto da resposta nem garantir a veracidade dos dados. Adicionalmente, a amostra pode apresentar viés de seleção, incluindo predominantemente participantes com maior literacia

digital e interesse em temas de saúde.

Na prática clínica, os resultados destacam a relevância das consultas de enfermagem de saúde infantil como espaço privilegiado para promover a literacia parental e apoiar o envolvimento dos pais, exigindo que, mesmo perante a elevada carga procedimental, as intervenções educativas se mantenham consistentes e sustentadas. Para investigação futura, destaca-se a necessidade da realização de estudos longitudinais que acompanhem a evolução do conhecimento parental e avaliem o impacto das intervenções educativas, assim como a importância de aprofundar o envolvimento paterno, identificando barreiras e facilitadores que orientem estratégias mais inclusivas e promotoras do papel parental.

4.7 Conclusão

Os resultados evidenciam que o conhecimento parental dos pais é influenciado por fatores sociodemográficos, nomeadamente a idade, número de filhos e escolaridade, não sendo exclusivamente determinado pela frequência das consultas de saúde infantil. A ausência de associação consistente entre frequência de consultas e conhecimento parental sugere a necessidade de repensar o conteúdo e a abordagem das intervenções educativas em enfermagem, particularmente nos primeiros anos de vida. Estes achados reforçam o papel do enfermeiro de família na promoção de estratégias educativas mais direcionadas e adaptadas às necessidades dos pais, com especial enfoque no envolvimento paterno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a especialização na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) assume um papel de elevada relevância no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que esta exige a aquisição de competências específicas, orientadas e direcionadas para a prestação de cuidados à família como um todo, bem como para o utente individual. Estas competências ultrapassam o âmbito da formativo da licenciatura em enfermagem, envolvendo uma formação avançada que permita ao enfermeiro intervir de forma sistémica, contextualizada e integrada. Todavia, em Portugal, a presente especialização continua a ser alvo de desvalorização em diversos contextos, o que confina o reconhecimento do contributo dos enfermeiros especialistas na promoção da saúde familiar.

Em grande parte das vezes, esta desvalorização está associada à persistência do modelo biomédico centralizado no utente, na situação de doença e nas intervenções curativas em detrimento de uma abordagem orientada para a prevenção e ganhos em saúde (Dos Santos et al., 2025). A excelência do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de família na prevenção da doença, frequentemente designado como “trabalho invisível”, tende a ser menos reconhecido quando comparado com os processos curativos da doença, mais facilmente medíveis e valorizados. Contudo, é no domínio preventivo e promocional que a Enfermagem de Saúde Familiar evidencia o seu maior impacto, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das famílias e para a sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

Neste sentido, num sistema universal, resiliente e sustentável, os Cuidados de Saúde Primários incorporam um conjunto de ações e serviços dedicados a dar resposta às necessidades individuais e coletivas de uma população, envolvendo práticas de cuidados multiprofissionais (Mendonça et al., 2023), o que exige a reorientação da formação dos profissionais para além do modelo biomédico tradicional, de forma a aproximá-los da realidade comunitária (Dos Santos et al., 2025).

Assim, importa realçar que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) se afirmam como o futuro do Serviço Nacional de Saúde, colocando novos desafios aos enfermeiros desta área, pelo reconhecimento dos seus contributos na promoção da saúde familiar e coletiva e salientando o seu papel de gestor e organizador de recursos impulsionadores da família, enquanto sistema transformativo (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Um sistema que privilegia a prevenção, a promoção da saúde e a intervenção precoce reduz os custos, mas também minimiza os riscos associados à doença, reforçando a importância de investir numa prática de enfermagem centrada na família e no meio envolvente.

Assim, a evolução da prática em ESF em Portugal exige um investimento contínuo na formação especializada dos profissionais, bem como na formação contínua promovida pelas instituições de saúde. Adicionalmente, torna-se essencial incentivar a produção de investigação científica nesta área, garantindo uma prática sustentada na mais recente evidência.

Efetivamente, tem-se verificado um aumento dos estudos que evidenciam a importância do papel do enfermeiro de família, principalmente na valorização das ações dos enfermeiros face à família e no impacto dessas intervenções nos resultados em saúde. A investigação desenvolvida no âmbito deste trabalho vem reforçar esta situação, ao demonstrar a importância da promoção da literacia em saúde e a inclusão do pai nas consultas de enfermagem. A participação ativa do pai, contribui para aumentar a confiança na prestação dos cuidados, melhorar o seu conhecimento parental e garantir um desenvolvimento infantil mais seguro e saudável. Esta perspetiva promove uma abordagem mais inclusiva e equitativa dos cuidados, reforçando o papel dos enfermeiros ao longo de todo o ciclo vital e evidenciando, junto dos restantes profissionais de saúde, a necessidade de investir numa prática atualizada, sustentada e centrada na família.

Nesta lógica, a formação e a capacitação dos profissionais dos CSP são essenciais para a construção de um modelo de cuidado integral e transformador na Saúde das Famílias (Dos Santos et al., 2025). As escolas superiores de enfermagem adotam um papel determinante enquanto parceiras na consolidação do conhecimento mais recente, bem como no desenvolvimento das competências regulamentadas para a área respetiva.

Torna-se igualmente essencial apostar em estratégias que promovam a efetivação do conceito de Enfermeiro de Família junto das comunidades, dos profissionais de saúde e das próprias organizações. Estas estratégias incluem a realização e divulgação de investigação centrada na família, a reorganização dos cuidados de enfermagem e a adaptação dos sistemas de informação em saúde, permitindo registos eletrónicos adequados à ESF.

Por último, o percurso formativo realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, refletido neste trabalho, permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, que se traduzirão numa prática clínica mais crítica, consciente e alinhada com os paradigmas da ESF.

Considerando os objetivos do plano de estudos, reconheço este percurso como significativamente positivo e enriquecedor, tendo constituído como mais um desafio superado com sucesso. Ainda assim, importa realçar que a aprendizagem e a procura pela constante melhoria contínua são processos permanentes, que acompanharão todo o meu percurso profissional, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de excelência, cada vez mais qualificados, diferenciados, humanizados e centrados na família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhayli, M. R., Alhayli, A. A., Alamri, S. M., Alamri, A. M., Alfaifi, J. A., AlRashdi, M. H., Almaqadi, M. H., Alamri, J. M., Alhayli, A. R., & Somili, F. Y. (2024). Parental Knowledge, Attitude, and Practice Toward Children's Developmental Milestones in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus*.
<https://doi.org/10.7759/cureus.52413>
- American Academy of Pediatrics. (2023). *Marcos do Desenvolvimento: Crianças de 3 a 4 Anos*.
<https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/preschool/Pages/Developmental-Milestones-3-to-4-Year-Olds.aspx>
- Aquino, G. S. D., Moura, S. D. A. R., Lima Junior, A. D., Cordeiro, S. M., Vicente, J. B., & Mazza, V. D. A. (2024). A percepção dos homens sobre a parentalidade paterna e a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(3), e20230514. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0514pt>
- Awad, M. Y. H., Warasna, H. J. M., Shahin, F. B. Y., Awad, B. Y. H., Jobran, A. W. M., Abdulrazzak, M., & Owais, T. A. (2025). Understanding parental awareness of child developmental milestones in West Bank-Palestine: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25(1), 1128. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21991-2>
- Beltre, G., & Mendez, M. D. (2025). Child Development. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564386/>
- Brambila, I., Oliveira, T., Silva, J., & Barreto, M. (2015). O CUIDADO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: EXPERIÊNCIA DOS PAIS. *Diálogos & Saberes*, 11(1).
https://www.researchgate.net/publication/304804050_O_CUIDADO_DOMICILIAR_AO_RECÉM-NASCIDO_DE_RISCO_NO_PRIMEIRO_ANO_DE_VIDA_EXPERIENCIA_DOS_PAIS
- Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Enfermagem avançada versus prática avançada de enfermagem. Em Marques, R, Néné, M, & Sequeira, C, *Enfermagem Avançada* (p. 12). Lidel.
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina do Porto.
- Carneiro, L., Silva, K., Pinto, A., Silva, A., Pinheiro, P., & Vieira, N. (2013). BENEFÍCIOS DA PRESENÇA PATERNA NOS CUIDADOS COM O LACTENTE. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10040/7826>
- Chirelli, M. Q., & Sordi, M. R. L. D. (2021). Critical thinking in nursing training: Evaluation in the area of competence Education in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 5), e20200979. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2030: Termos de referência*.
<https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf>
- Cordeiro De Lima, R., & Saraiva Aguiar, R. (2020). EXPERIÊNCIA PATERNA COM O RECÉM-NASCIDO A PARTIR DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM. *Revista Cereus*, 12(1), 193–202.
<https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v12n1p193-202>
- Cruz, M. (2017). *CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E QUALIDADE DA ESTIMULAÇÃO NO AMBIENTE DOMICILIAR* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco].
<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/25168/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Maria%20Soraida%20Silva%20Cruz.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014, 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: Série I, n.º149 (2014) (2014). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil* (010/2013).
<https://www.mgffamiliar.net/wp-content/uploads/PNSIJ-2.pdf>

- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743.
<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dos Santos, A. N. S., Souza, V. L. T. D. S., Silva, K. D. O., De Souza, M. T., Ripardo, K. K. B., Corsini, F. P. F., Da Costa, V. M. B., Pereira, L. D., Xavier, E. B. M. C., Novaes, G. C., Lima, J. C., Ruela, G. D. A., Da Silva, L. M., Cabral, M. L. S., & Pontes, F. G. (2025). POR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA TRANSFORMADORA: FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA FORTALECER O TRABALHO NO CUIDADO A SAÚDE DA FAMÍLIA. *ARACÊ*, 7(3), 11001–11030. <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>
- Duarte, M. M. F., Abrantes, C. A., Silva, A. V. P. D., Oliveira, G. S., Souza, A. C. D., & Braga, T. R. O. (2024). IMPORTÂNCIA DA FIGURA PATERNA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 4804–4814.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.14020>
- Falbo, B. C. P., Andrade, R. D., Furtado, M. C. D. C., & Mello, D. F. D. (2012). Estímulo ao desenvolvimento infantil: Produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 148–154. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>
- Figueiredo. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Dissertação de Doutorado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M., Silva, M., Ferreira, M., & Rego, R. (2023). Modelo de Avaliação da Família de Friedman. Em M. H. D. J. S. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, p. 376). Lidel.
- Frade, J., Menino, E., Kraus, T., Rosa, P., Vidinha, T., & Sousa, P. (2025). *Planeamento do Estágio III*.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 56–62. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x>
- Gottlieb, L. (2013). *Strengths-Based Nursing Care*. Springer Publishing Company.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. J. S., Apóstolo, J. L. A., Silva, M. L., Oliveira, P. C. M., & Ferreira, M. M. H. P. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(27), 23.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.23-32>
- Guimarães, & Silva. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Guimarães, T., & Cafieiro, G. (2018). As novas configurações familiares sob o olhar dos filhos destes sistemas. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 6(2).
<http://jornalold.faculadecienciasdavidida.com.br/index.php/RBCV/article/view/709>
- INESC TEC. (2018). *Relatório do INESC TEC mostra que cuidados de enfermagem especializados são um investimento com retorno para o SNS*. <https://www.inesctec.pt/pt/noticias/relatorio-do-inesc-tec-mostra-que-cuidados-de-enfermagem-especializados-sao-um-investimento-com-retorno-para-o-sns#about>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025a). *Indicadores de população residente* [Dataset].
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012910&contexto=bd&sel%20Tab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2025b). *Indicadores de população residente* [Dataset].
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0014559&contexto=bd&selTab=tab2
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2020). *GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING*.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_EN.pdf
- Jadva, V., Lysons, J., Imrie, S., & Golombok, S. (2022). An exploration of parental age in relation to parents' psychological health, child adjustment and experiences of being an older parent in families formed through egg donation. *Reproductive Biomedicine Online*, 45(2), 401–409.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.03.029>
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos De Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting

- interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003602.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- Kraus, T., & Silva, M. (2023). Enfermagem Baseada nas Forças. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, p. 392). Lidel.
- Li, Y., Li, S., Tang, L., & Bai, Y. (2022). The effect of ECD program on the caregiver's parenting knowledge, attitudes, and practices: Based on a cluster-randomized controlled trial in economically vulnerable areas of China. *BMC Public Health*, 22(1), 1958. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14268-5>
- Lobo, A. F. R., & Palma, T. M. R. D. (2024). A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 5156–5170.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>
- Machado, G., & Salomão, N. (2022). Fontes de informações parentais tradicionais e o uso da internet no primeiro ano de vida do bebê. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 15(1).
<https://doi.org/10.36298/gerais202215e17367>
- Marengo, L. L., Kozyreff, A. M., Moraes, F. D. S., Maricato, L. I. G., & Barberato-Filho, S. (2022). Tecnologias móveis em saúde: Reflexões sobre desenvolvimento, aplicações, legislação e ética. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.37>
- Martins, A. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/094b0cc3-5640-44dc-8605-d4bbc79025ce/content>
- MCEEC. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023: Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company;
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & 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>
- Mendonça, F. D. F., Lima, L. D. D., Pereira, A. M. M., & Martins, C. P. (2023). As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 47(137), 13–30. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>
- Neves Júnior, T. T. D., Gonçalves, R. G., Neves, M. C. D. C., Lima, J. S. A. D., Araújo, R. D. O. E., & Menezes, R. M. P. D. (2024). Teoria de Betty Neuman no cuidado de enfermagem holístico ao paciente oncológico: Ensaio reflexivo. *Escola Anna Nery*, 28, e20240014. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2024-0014pt>
- Nobre-Lima, L., Vale-Dias, M. D. L., Mendes, T. V., Mónico, L., & MacPhee, D. (2014). The Portuguese version of the Knowledge of Infant Development Inventory-P (KIDI-P). *European Journal of Developmental Psychology*, 11(6), 740–745. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.929941>
- Oliveira, G., Duque, F., Duarte, C., Melo, F., Teles, L., Brito, F., Vale, M., & Guimarães, M. (2012). Pediatria do Neurodesenvolvimento. Levantamento nacional de recursos e necessidades. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 43(1). <https://rihuc.huc.min-saude.pt/entities/publication/c5dac12a-809d-482a-8574-9ccae582abc3>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001, dezembro). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020, maio 27). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/not%C3%ADcias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *MANUAL PARA VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL*

NO CONTEXTO DA AIDPI. OPAS.

- Pehora, C., Gajaria, N., Stoute, M., Fracassa, S., Serebale-O'Sullivan, R., & Matava, C. T. (2015). Are Parents Getting it Right? A Survey of Parents' Internet Use for Children's Health Care Information. *Interactive Journal of Medical Research*, 4(2), e12. <https://doi.org/10.2196/ijmr.3790>
- Perdue, M. V., Mahaffy, K., Vlahcevic, K., Wolfman, E., Erbeli, F., Richlan, F., & Landi, N. (2022). Reading intervention and neuroplasticity: A systematic review and meta-analysis of brain changes associated with reading intervention. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 465–494. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.011>
- Pires, A. (2023). Teorias de Enfermagem. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, p. 89). Lidel.
- PORDATA. (2024a). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento* [Dataset]. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- PORDATA. (2024b). *População residente, por sexo e grupo etário* [Dataset]. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
- Portaria n.º 858/2023 do Ministério da Saúde, N.º249/2023 (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/858-2023-808199532>
- Portaria n.º 1368/2007, Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF), Diário da República: Série I, N.º 201 (2007) (2007). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Rêgo, R. M. V., Souza, Â. M. A. E., Rocha, T. N. A. D., & Alves, M. D. S. (2016). Paternidade e amamentação: Mediação da enfermeira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(4), 374–380. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600052>
- Regulamento n.º 126/2011, Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Saúde Familiar, Diário da República: Série II, N.º35 (2011) (2011). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: Série II, N.º26 (2019) (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 367/2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República: Série II, N.º124 (2015) (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428/2018, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República: Série II, N.º135 (2018) (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Rocha, M., & Martins, M. (2024). A evolução do conhecimento científico em enfermagem: Metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem. Em Marques, R, Néné, M, & Sequeira, C, *Enfermagem Avançada* (1ª, pp. 36–37). Lidel.
- Rodrigues, I., & Melo, E. (2020). *CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL DOS FILHOS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29615.05288>
- Santos. (2023). Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo de Calgary de intervenção familiar. Em M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 377–381). Lidel.
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A., Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R., & Amaral, A. (2024). A perceção de líderes formais de enfermagem sobre a prática baseada na evidência. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(N.º 3), e32426. <https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>
- Santos Da Cunha, C., Araújo Moreira, M., Ribeiro De Moraes, W., Figueiredo Marques, P., Silva Nascimento, S., & Silva Oliveira, D. (2022). Assistência multiprofissional à gestante no contexto da pandemia pela COVID-19. *Nursing (São Paulo)*, 25(288), 7770–7779.

- <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i288p7770-7779>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Programas de saúde prioritários*.
<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
- Silva, E. F. D. (2022). IDENTIDADE E GÊNERO DE ACORDO COM A TEORIA PSICANALÍTICA A PARTIR DA ANÁLISE DAS NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES. *Revista Científica FAEMA*, 13(2), 207–211.
<https://doi.org/10.31072/rcf.v13i2.1205>
- Silva, J. D. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. D., & Silva, F. J. C. P. D. (2020). UTILIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR ENFERMEIROS NO SERVIÇO HOSPITALAR. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Teixeira, A. (2021). *Empoderamento Profissional e Enfermagem Baseada na Evidência: Contributos para uma Otimização da Prática* [Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.].
<https://www.proquest.com/openview/a45f2693e2c27c2a55fa6453b7557599/1?pqorigsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerr, M. (2023). Enfermagem e os seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01). <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31613>
- Tomey, A., & Alligood, R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª). Lusociência.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., José, Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A FAMÍLIA COMO PROMOTORA DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE. *Revista UIIPS*, 17-30 Pages.
<https://doi.org/10.25746/RUIIPS.V8.I1.19874>
- USF Santiago. (2023). *Regulmento Interno USF Santiago*.
- Vale-Dias, M. D. L., & Nobre-Lima, L. (2018). Parents knowledge about the development of children aged 2 to 6 years old. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 149. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1284>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento* (3ª). Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2025, março 26). *Primary health care*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª). Roca.

APÊNDICES

1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)

Com o objetivo de aperfeiçoar as minhas intervenções e de desafiar o meu desenvolvimento formativo, selecionei uma família que está a vivenciar uma transição não normativa. Definida como “F”, a mesma é uma família nuclear que está a enfrentar uma transição marcada pelo diagnóstico de uma doença crónica, Diabetes Mellitus tipo II, em finais do ano de 2024 na Sra. C. Este diagnóstico veio adicionar-se a uma condição de saúde já existente, pois a mesma já vive há vários anos com uma doença renal crónica (DRC), tornando o processo de adaptação desafiante. A aceitação da nova realidade do seu estado de saúde e a adesão ao regime terapêutico têm sido particularmente exigentes. A Sra. C é esposa do Sr. E, constituindo um casal com 2 filhos em comum, contudo, tendo em conta a sua dinâmica e situação atual é uma família que se encontra vulnerável. A falta de uma rede de apoio sólida e a sobrecarga laboral aumentam, significativamente, a probabilidade de não conseguirem atravessar esta fase de forma funcional, sendo essencial uma intervenção de enfermagem centrada nos seus recursos e necessidades.

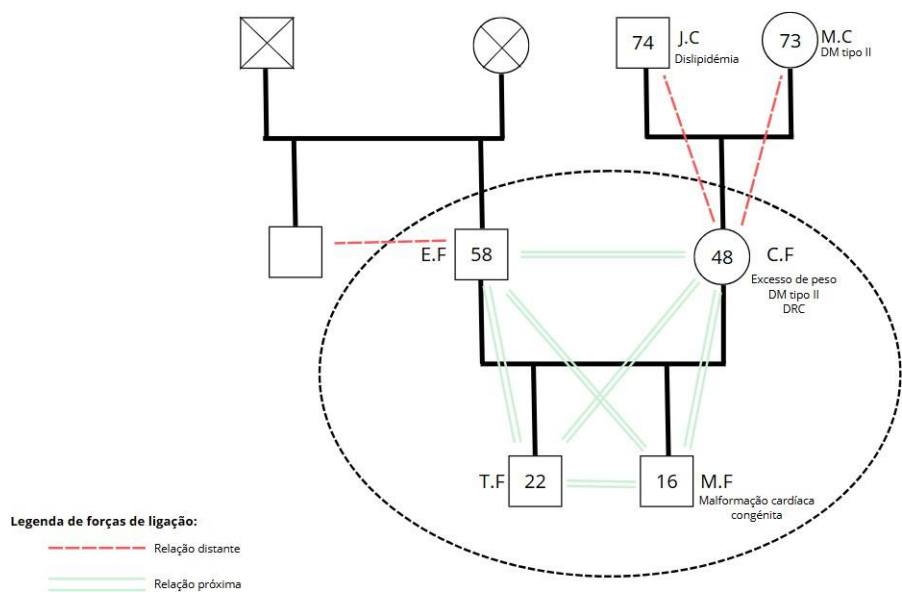
Desta forma, a família “F” é composta por:

- C.F – do sexo feminino, com 48 anos de idade, nascida a 08/05/1977. Desempenha papéis familiares de esposa e mãe. Possui o 12.º ano de escolaridade e é cozinheira a tempo inteiro num lar de idosos. Paralelamente, trabalha em regime de part-time na área de limpezas.
- E.F – do sexo masculino, com 58 anos de idade, nascido a 18/03/1967. Desempenha papéis familiares de marido e pai. Possui o 12º ano de escolaridade e é mecânico numa oficina.
- T.F – do sexo masculino, com 22 anos de idade, nascido a 30/07/2022. Desempenha papéis familiares de irmão e filho. Possui o 12º ano de escolaridade e é operário fabril.
- C.F – do sexo masculino, com 16 anos de idade, nascido a 10/01/2009. Desempenha papéis familiares de irmão e filho. É estudante, e atualmente, está a frequentar o 9º ano de escolaridade.

1.1 Avaliação Estrutural

Para avaliação da estrutura da família foi realizado um genograma, representado por figura 1.

Figura 1- Genograma da família "F"



1.1.1. Estrutura Interna

Composição, género, orientação sexual e ordem de nascimento

Através da análise do genograma da família “F”, podemos verificar que se trata de uma família nuclear, constituída por C.F., e o seu esposo E.F. e os dois filhos que o casal tem em comum. Também se observa que o Sr. E.F. do sexo masculino, tem 58 anos de idade e a Sra. C.F., do sexo feminino, apresenta 48 anos de idade, existindo entre ambos uma diferença etária de 10 anos. O casal tem dois filhos, ambos do sexo masculino, T.F., com 22 anos, sendo o filho mais velho, enquanto M.F., é o filho mais novo com 16 anos de idade. No que se refere à orientação sexual, o casal E.F e C.F assumem-se como heterossexuais, assim como os dois filhos do casal que afirmam ser heterossexuais. Importa ainda referir que a Sra. C.F. designa-se como paciente identificada, uma vez que é a utente designada pela família como a que motiva a procura dos cuidados.

Subsistemas e limites

Na presente família é possível identificar diversos subsistemas familiares. Em primeiro, destaca-se o subsistema individual, correspondente a cada um dos membros do agregado enquanto indivíduos com papéis próprios. De seguida verifica-se o subsistema conjugal, constituído pelo casal E.F. e C.F. Também se constata o subsistema parental que se refere à relação entre os pais e os seus 2 filhos, T.F. Já o subsistema filial é definido pela relação de T.F. e de M.F., para com os seus pais. Por último, apresenta-se o subsistema fraternal, constituído pela ligação entre os irmãos T.F. e M.F.

No que diz respeito aos limites familiares da presente família nuclear, verificou-se que são tendencialmente claros e flexíveis. O casal C.F e E.F procuram estabelecer o seu próprio estilo parental, contudo existem sempre divergências de opinião, mas que geralmente conseguem alcançar conformidade de forma adaptativa. No entanto, tendo em conta a condição de saúde do filho mais novo, e na tentativa de protegerem o mesmo, o casal reconhece que, em determinadas circunstâncias, adotaram limites mais rígidos com M.F. Esta divergência na definição de limites, quando comparada com a abordagem utilizada com o filho T.F., é sentida pelos próprios pais como desigualdade, o que constitui uma preocupação na dinâmica familiar.

1.1.2. Estrutura Externa

Família extensa

O núcleo familiar de origem (pais) da paciente identificada, embora que ainda estejam ambos vivos, não têm uma presença significativa na vida quotidiana de C.F. Segundo a mesma, não há a existência de conflitos com os familiares, mas, no entanto, a relação não deixa de ser marcada pelo distanciamento, mantendo-se maioritariamente por contacto telefónico e com encontros presenciais esporádicos (uma vez por mês). O facto de C.F. ser filha única, a sua rede de apoio familiar torna-se mais limitada. Ainda que C.F. afirme que poderia contar com os seus pais em situações de crise, este distanciamento pode contribuir para o surgimento de fragilidades emocionais e sociais.

Sistemas mais amplos

Para além da família mais próxima é fundamental considerar os sistemas mais amplos, que englobam redes de apoio externas com as quais a família gasta e recebe energia. Desta forma, os mesmos podem ser observados no ecomapa representado na figura 2.

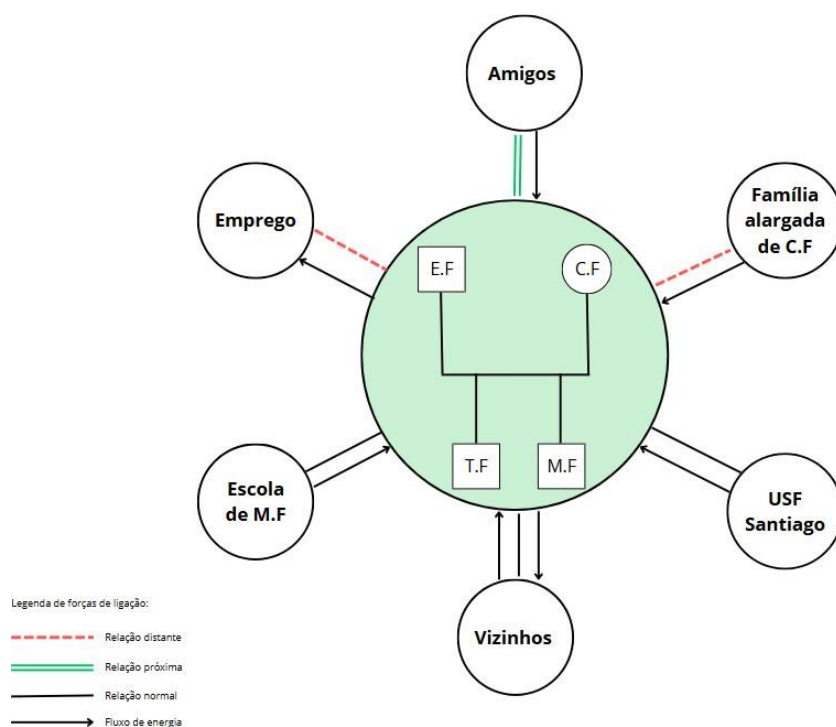


Figura 2- Ecomapa família "F" - junho 2025

1.1.3 Contexto Raça e etnia

Todos os membros da família são da caucasianos, naturais de Portugal e afirmam partilhar valores e costumes da cultura portuguesa, identificando-se assim com a etnia portuguesa.

Classe social

Segundo a Escala de Graffar adaptada para a população portuguesa, a presente família encontra-se na classe III, o que corresponde à classe social média (conforme se pode verificar na figura 3).

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata	
				Classe Social	
				MÉDIA	

Figura 3- Escala de Graffar Família

"F Fonte: Adaptado do Sclínico

Religião e espiritualidade

A Sra. C.F é católica não praticante, assim como os restantes elementos da família. Contudo a fé e a religião revelam-se como potencial força familiar. "Somos católicos e acreditamos em Deus, contudo não frequentamos a igreja frequentemente, preferimos acender uma vela em Fátima para nos dar forças" (*sic*).

Ambiente

A família "F" reside na freguesia de Marrazes, na Gândara dos Olivais, numa zona calma. Habita numa moradia própria composta por três quartos, duas casas de banho, uma cozinha, uma sala e um pequeno espaço exterior. A habitação distribui-se por dois pisos, tendo escadas apenas para acesso ao terraço exterior.

A alimentação da família é, maioritariamente, confeccionada pela Sra. C.F. A cozinha encontra-se equipada com placa elétrica. A casa apresenta boas condições de higiene, dispondo de aquecimento central, eletricidade e água da rede pública, aquecida através de gás natural.

A família raramente participa em estruturas da comunidade, ocupando o tempo de lazer em casa. Contudo, nas periferias da moradia estão disponíveis diversos serviços públicos acessíveis, como supermercados, farmácias e postos de abastecimento de combustível. Mantém boas relações com a vizinhança.

1.2 Avaliação de desenvolvimento Estadio, tarefas e vínculos

Segundo os estadios do ciclo vital de Duvall, a família "F" encontra-se na etapa VI, que corresponde à família em que os filhos adultos jovens saem de casa - "launching family". Isto porque o filho mais velho tem 22 anos de idade e já se insere no mercado de trabalho.

Relativamente às tarefas do ciclo vital, é essencial referir que as mudanças estão presentes ao longo da vida familiar. A família passa por alterações contínuas e quando atinge determinadas fases, existe a necessidade de reorganização, para que haja uma evolução da mesma. Estas transformações dão origem a novos padrões de funcionamento, assim como, conduzem a uma transformação da dinâmica familiar (Relvas, 1996, *as cited in* Martins, A, 2018).

Desta forma, tendo em conta a etapa do ciclo vital em que a presente família se encontra, é expectável que ocorra a preparação para a saída dos filhos de casa. A aceitação do novo papel familiar do filho mais velho, sendo adulto autónomo, implica diversas transições nos papéis familiares e a conquista da sua independência, com o intuito da construção da sua própria família (Barnhill & Longo, 1978, *as cited in* Martins, A, 2018).

Para além disto, a aceitação das entradas e saídas no sistema familiar implica que a família continue a evoluir de um modo saudável, levando há renegociação da relação conjugal, ao estabelecimento de uma relação entre os pais e os filhos, baseada na interação entre adultos, a integração de novos membros da família, como os cônjuges dos filhos e os netos, e ainda, a possibilidade de enfrentar desafios associados ao envelhecimento, como a presença de doença ou o falecimento dos próprios pais (Carter & McGoldrick, 2001 *as cited in* Martins, A, 2018).

Neste contexto, podemos verificar que C.F e E.F, tem permitido ao seu filho mais velho a sua autonomia e independência, principalmente através das tarefas financeiras. Ainda assim, C.F afirma que lhe irá custar a saída do seu filho de casa, contudo tem consciência que é um processo normativo.

No que diz respeito aos vínculos familiares, verifica-se que existem laços fortes entre todos os membros do agregado familiar. A situação de doença do filho M.F, contribuiu positivamente para o reforço das presentes ligações, promovendo a facilidade na partilha de sentimentos e emoções entre os indivíduos da família, incentivando a união da mesma face às dificuldades.

O recente diagnóstico de diabetes da Sra. C.F., inicialmente revelou-se, uma potencial ameaça ao vínculo dos elementos familiares, uma vez que a mesma apresentou um comportamento de negação face ao mesmo. Contudo, o constante apoio do marido e dos filhos na gestão do regime terapêutico, contribuiu positivamente na adaptação ao diagnóstico, enaltecendo, o fortalecimento dos laços familiares.

1.3 Avaliação funcional

Primeiramente, com o objetivo de avaliar a funcionalidade da família “F”, foi aplicada a Escala de Apgar Familiar de (Smilkstein) à mesma, como demonstrado na figura 4.

Através da aplicação da mesma e tendo em conta os parâmetros avaliados por esta, conclui-se que a presente família é altamente funcional, uma vez que obteve uma pontuação de 8.

PARAMETROS DA ESCALA	
Item	Valor
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma me preocupa.	algumas vezes
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	quase sempre
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	quase sempre
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	algumas vezes
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	quase sempre
GRUPOS DE SCORE	
Grupo	Score
Escala Apgar Familiar (Smilkstein)	8

Figura 4 - Escala de Apgar familiar da família "F" Fonte: Adaptado do Sclicco

Adicionalmente, de forma a complementar a avaliação funcional desta família, torna-se pertinente proceder à aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe. Pois, a família "F" já enfrentou dificuldades de readaptação após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo II da Sra. C.F. e após o diagnóstico de malformação congénita do filho M.F. Estes desafios acompanharam alterações significativas da rotina familiar. Para além disto, o pouco auxilio nas tarefas domésticas, por parte dos filhos, surge como potencial ameaça à dinâmica familiar, dado que sobrecarrega a Sra. C.F. e afeta a tranquilidade da convivência da casa.

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

Figura 5- Escala de Readaptação social de Holmes & Rahe da família "F"

Fonte: Adaptado de <https://www.passeidireto.com/arquivo/68607972/escala-de-reajuste-social-de-holmes-e-rahe>

Tendo em conta os eventos ocorridos no último ano, o valor total obtido na presente família foi de 121 pontos.

Desta forma, podemos concluir que existe uma menor probabilidade da presença de doenças. Além disto, considerou-se pertinente realizar uma avaliação da família referente à sua adaptabilidade e coesão. Por este motivo, foi utilizada a Escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), na versão portuguesa adaptada por Otília Monteiro Fernandes em 1995. A aplicação desta escala está apresentada na tabela 1.

Tabela 1- Escala de FACES II da família "F"

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase nunca (1)	De vez em quando (2)	Às vezes (3)	Muitas vezes (4)	Quase sempre (5)
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				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 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	

A fim de avaliar os resultados correspondentes à coesão, procedeu-se ao seguinte cálculo: $36 - (\sum \text{itens } 3,9,15,19,25,29) + (\sum \text{itens } 1,5,7,11,13,17,21,23,27,30) = 36 - 14 + 43 = 65$. Posto isto, a pontuação da coesão é de 5, o que equivale a uma família ligada.

Para avaliar a adaptabilidade foi realizado o seguinte cálculo: $12 - (\sum \text{itens } 24 \text{ e } 28) + (\sum \text{itens } 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,26) = 12 - 4 + 45 = 53$. Desta forma, a pontuação da adaptabilidade é de 6, o que equivale a uma família flexível.

Por fim, na avaliação do tipo de família foi realizado o seguinte cálculo: $(\text{pontuação coesão} + \text{pontuação adaptabilidade}) / 2 = (5+6) / 2 = 5,5$. De acordo com a escala, 5,5 equivale a uma família moderadamente equilibrada.

1.3.1 Funcionamento instrumental

Atividades de vida diárias

A ordem dos enfermeiros, distingue as atividades de vida diárias em dois grupos: atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diárias (AIVD).

Desta forma, de modo a avaliar o funcionamento instrumental da família e as atividades diárias da mesma, podemos referir que atualmente nenhum dos membros apresenta qualquer sinal de dependência em nenhuma ABVD e nenhuma AIVD. Apesar da presença da doença congénita de M.F, o mesmo é autónomo e não enfrenta limitações na realização das suas atividades diárias, tal como os restantes membros da família.

Assim, todos os elementos da família “F” são totalmente independentes na higiene pessoal, controlo da eliminação vesical, intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência. Para além disto, são também autónomos a preparar as refeições, a lavar roupas, a fazer tarefas domésticas, a gerir dinheiro, a usar o telefone, a tomar medicação, a fazer compras e a usar transportes, sendo assim, independentes na capacidade de gerir o meio envolvente.

1.3.2 Funcionamento expressivo

Comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal

Relativamente à forma como os membros da família expressam as suas emoções, podemos verificar que cada um apresenta estilos de comunicação distintos. A Sra. C.F expressa com facilidade as suas emoções e sentimentos e considera que os restantes elementos também o fazem. Contudo emocionalmente considera que os mesmos são mais reservados e menos expressivos, considerando que, por vezes, a mensagem que transmitem não corresponde à interpretação da mesma. No entanto, como não existem receios e barreiras na comunicação entre eles, quando são confrontados, os sentimentos acabam por serem esclarecidos, reduzindo o risco de falhas na comunicação.

Neste contexto, torna-se clara a importância da comunicação verbal e emocional no seio da presente família. A necessidade de aprendizagem das expressões de sentimentos aquando do diagnóstico da doença do filho mais novo, foi fundamental para reduzir receios mútuos e impulsionar uma evolução da dinâmica familiar. Mais recentemente, o diagnóstico de diabetes de C.F. voltou a enaltecer o papel essencial da expressão emocional, favorecendo a adesão ao regime terapêutico e permitindo que esta se sentisse compreendida e apoiada pelos seus familiares, sem se sentir irritada e injustiçada.

Relativamente à comunicação não verbal, a Sra. C.F afirma que não há qualquer barreira na mesma, esta é

bastante emocional, referindo que expressivamente não consegue esconder emoções, “os meus filhos sabem bem quando estou chateada com eles só pelo olhar e mãe é mãe para perceber quando um filho chega a casa mais triste” (*sic*). Contudo, o marido de C.F já apresenta mais dificuldades em ser interpretado pelos restantes membros da família, referindo que apresenta uma expressão facial incompreensível.

Comunicação circular

A comunicação circular é uma ferramenta essencial para partilhar ideias, garantindo que todos os elementos se sintam ouvidos e valorizados.

Desta forma, todos os membros da família “F” consideram que há abertura para discutir assuntos em conjunto. Embora, que todas as ideias sejam ouvidas, são os pais que apresentam maior influência nas decisões que são tomadas, nomeadamente no que se refere ao papel da parentalidade. Esta situação assume especial importância, uma vez que a responsabilidade parental confere uma autoridade habitual na direção das escolhas, assegurando que as necessidades dos mais novos sejam sempre privilegiadas.

Contudo, importa referir que a utente C.F não se sente à vontade para abordar assuntos e preocupações mais femininas com os restantes elementos, pois considera que não a compreendem na totalidade, sendo mais fácil de falar sobre os mesmos com as amigas. Do mesmo modo, que o filho M.F que se encontra na adolescência a trabalhar a construção da sua identidade, apresenta uma maior valorização da sua privacidade. Esta situação é resultante de uma postura aparentemente mais reservada, o que pode resultar em participações menos destacadas nas decisões familiares, embora que a sua opinião também seja considerada.

Solução de problemas

No que concerne à resolução de problemas que decorrem no seio familiar, todos os membros consideram que a melhor estratégia e a mais utilizada na presença de conflitos é a comunicação e o diálogo, enfatizando assim a comunicação circular.

Assumindo que os pais sempre foram os dois membros mais influentes e responsáveis na resolução dos problemas familiares, atualmente afirmam que esta dinâmica ainda se mantém. Contudo o filho mais velho, T.F, tem marcado a sua entrada na idade adulta, e consequentemente, tem assumido mais responsabilidades, apresentando assim, uma postura mais dinâmica e ativa na contribuição da resolução dos problemas. Para além disto, a presença de doença grave no seu irmão mais novo, M.F., exigiu de T.F um aumento abrupto das responsabilidades e maturidade, o que também influenciou a sua participação ativa.

Por último, a família “F” confia inteiramente nas equipas de saúde que os têm acompanhado, afirmando que maior parte das preocupações e problemas relacionados com a saúde são facilmente ultrapassados quando questionados os profissionais, proporcionando maior estabilidade e segurança.

Papéis

Relativamente às atividades inerentes às tarefas domésticas, a Sra. C.F assume que maior parte das mesmas

são realizadas por esta, sentindo-se algumas vezes chateada e injustiçada.

Ambos os filhos reconhecem a necessidade de uma divisão justa das mesmas, contudo admitem que, por vezes, são desleixados, acabando por auxiliar a mãe somente quando a mesma solicita. Por outro lado, o seu marido E.F assume a manutenção do espaço exterior e a limpeza dos carros, atividades que gosta de realizar. Afirmando que não tem jeito para tarefas domésticas, como cozinhar, limpar e tratar da roupa.

Apesar da atual divisão de tarefas entre o casal não se apresentar um problema para ambos, a Sra. C.F, admite que com os filhos já não acontece o mesmo. Posto isto, tendo em conta a insatisfação da mesma torna-se crucial a necessidade de trabalhar o diálogo sobre esta temática, de forma a arranjar estratégias que possam ajudar a ultrapassar este desafio, que se apresenta como potencial ameaça à dinâmica familiar.

Influência e poder

A Sra. C.F é quem apresenta maior influencia dentro da família, seguido de perto pelo seu marido. Ambos apresentam uma influência e um poder muito semelhantes, contudo a Sra. C.F é quem exibe uma presença mais ativa na dinâmica da casa, e por isso é vista pelos restantes elementos da família como a pessoa mais influente. Por este motivo, a sua opinião é sempre muito valorizada por todos.

Crenças, alianças e uniões

A presente família, ainda que tenha o catolicismo como preferência religiosa, não apresenta crenças significativas neste âmbito que possam influenciar os cuidados de saúde prestados. Assim como, não possuem crenças espirituais que desempenhem uma influência relevante nas suas decisões diárias.

Relativamente às uniões e alianças, a família "F" considera-se uma família bastante unida e equilibrada, realçando fortes laços entre todos os elementos.

Ambos os pais referem satisfação com a sua relação conjugal, assim como com a ligação que mantêm com cada um dos seus filhos. Por sua vez, os irmãos também alegam ter uma ligação forte entre si, admitindo que, embora apresentem as suas intrigas de vez em quando, conseguem resolver rapidamente as mesmas. Para além disso, referem ter uma ligação igualmente forte com ambos os pais. No que diz respeito à relação com os avós, todos os elementos da família concordam que, apesar de apresentarem uma relação mais distante com estes, estão satisfeitos com a ligação que têm.

1.4 Plano de Cuidados

Em conjunto com a presente família, e tendo em conta os objetivos da mesma, foi elabora um plano de cuidados com base na avaliação realizada à mesma ao longo do ensino clínico.

Tabela 2- Plano de Cuidados da família “F”

Foco de atenção	Aceitação do estado de saúde
Intervenção de diagnóstico	De forma a avaliar a aceitação do estado de saúde, temos de ter por base os seguintes itens: - Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde; - Abandono do conceito de saúde anterior; - Reações, sentimentos E crenças positivas perante a nova condição de saúde; - Reconhece e consciencializa-se com a nova condição de saúde; - Motiva-se, envolve-se e procura informação com vista a enfrentar a nova condição de saúde; - Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição clínica.
Diagnóstico de enfermagem	11/06/2025 – Aceitação do estado de saúde comprometida; 20/06/2025 – Aceitação do estado de saúde comprometida; 27/06/2025 – Aceitação do estado de saúde não comprometido;
Planeamento	O presente foco é na Sra. C.F uma vez que é o primeiro passo na gestão eficaz da doença. Quando o utente aceita a sua condição de saúde, está mais preparada para iniciar mudanças nos hábitos de vida, como na alimentação, atividade física e adesão do regime medicamentoso. Esta aceitação não só promove uma condição de saúde mais favorável para a utente, através do favorecimento da qualidade de vida e da prevenção de complicações, como também promove uma boa dinâmica familiar, através de uma transição de saúde-doença de forma saudável e equilibrada.
Intervenções de Enfermagem	Promover a aceitação do estado de saúde; Ensinar sobre recursos da comunidade; Ensinar sobre estratégias adaptativas; Incentivar a comunicação das emoções; Incentivar o envolvimento da família; Promover a consciencialização.
Avaliação	11/06/2025 – A sra. C.F não revelava a aceitação do estado de saúde e não demonstrava interesse em compreender a sua doença ao longo da consulta. Não comunicava e não aderiu ao regime terapêutico prescrito, evidenciando desmotivação clara para alterar hábitos de vida, como alimentação e atividade física. 20/06/2025 - A utente começou a demonstrar um ligeiro interesse ao longo da consulta, realizando questões sobre o regime medicamentoso. Começou a aderir ao regime medicamentoso e a fazer o controlo da glicémia diariamente. 27/06/2025 – A Sra. C.F começou a ser mais comunicativa e ativa durante as consultas, através do esclarecimento de dúvidas e expressão de emoções. Notórias melhorias nos valores das glicémias, através de uma boa adesão regime medicamentoso e ligeira adesão ao regime alimentar. Ainda desmotivada para iniciar atividade física.
Foco de atenção	Adesão ao regime terapêutico
Intervenção de diagnóstico	- Avaliar adesão ao regime dietético; - Avaliar adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar adesão ao regime de exercício; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre regime terapêutico;

Diagnóstico de enfermagem	11/06/2025 – Não adesão ao regime terapêutico; 20/06/2025 – Não adesão ao regime terapêutico; 27/06/2025 – Não adesão ao regime terapêutico;
Planeamento	Fomentar a adesão do regime terapêutico é fundamental para alcançar uma condição de saúde mais estável. Diariamente, uma toma correta da medicação, complementada com hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico, promove a prevenção de complicações associadas à doença e reforça a autonomia e bem-estar geral. Para além disto, a adesão ao regime terapêutico, facilita a transição de saúde-doença equilibrada, criando um ambiente familiar mais tranquilo. Desta forma, a saúde da utente deve ser vista como uma responsabilidade individual e como um compromisso partilhado entre todos os elementos, o que favorece o equilíbrio familiar. Assim, as presentes intervenções devem ser acompanhadas de perto, valorizando as pequenas conquistas e promovendo a capacidade de autorregulação.
Intervenções de Enfermagem	Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico; Ensinar sobre comportamento de adesão; Incentivar a adesão ao regime terapêutico; Negociar a adesão ao regime terapêutico; Promover a consciencialização; Ensinar sobre dieta; Ensinar sobre medicamentos; Ensinar sobre exercícios;
Avaliação	11/06/2025 – A sra. C.F não revelava qualquer adesão ao regime terapêutico, apresentado valores glicémicos significativamente descontrolados com comprometimento do seu estado de saúde. Apresentava desmotivação significativa para alterar hábitos de vida, como alimentação e atividade física e não realizava um controlo regular das glicémias. 20/06/2025 - A utente começou a controlar regularmente as glicémias e começou a aderir ao regime medicamentoso. 27/06/2025 - Notórias melhorias nos valores das glicémias, através de uma boa adesão regime medicamentoso e ligeira adesão ao regime alimentar. Segundo a utente, ainda sem adesão ao regime de exercício por falta de disponibilidade.
Foco de atenção	Processo familiar
Intervenção de diagnóstico	- Avaliar processo familiar, com base nos seguintes itens: Adequado ou não adequado; Comunicação; Coping; Interação de papéis; Relação dinâmica; Conflituoso.
Diagnóstico de enfermagem	11/06/2025 – Processo familiar comprometido; 20/06/2025 – Processo familiar comprometido; 27/06/2025 – Processo familiar não comprometido.
Planeamento	A otimização da comunicação no seio familiar é fundamental, pois falar sobre os seus sentimentos e necessidades previne conflitos. As relações familiares são dinâmicas, sendo essencial reconhecer que com as mudanças estão inerentes novos desafios que requerem respostas diferentes de cada elemento, sendo fundamental As estratégias de coping podem e devem ser fortalecidas ao longo do tempo, através da divisão de responsabilidades, estabelecimento de hábitos saudáveis e manutenção de uma comunicação eficaz.

Intervenções de Enfermagem	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes; Incentivar o apoio / suporte da família; Incentivar o envolvimento da família; Otimizar comunicação;
Avaliação	11/06/2025 – A Sra. C.F expõem verbalmente as suas necessidades nas tarefas domésticas aos seus filhos, mas frequentemente esquecem-se e só realizam as tarefas quando a mesma solicita ajuda. Verbaliza que não se sente apoiada pelos filhos neste aspeto e que gostava que a ajudassem mais. 20/06/2025 - A utente expos as suas necessidades aos seus filhos num longo diálogo, reconhecendo as preferências de cada um nas tarefas domésticas. Foi colocada na porta do frigorífico, uma lista de tarefas diárias da casa para cada um dos seus filhos realizar, consoante as suas preferências. 27/06/2025 – A utente refere-se menos cansada e mais apoiada pelos filhos, por vezes as coisas não ficam como a mesma desejaria, mas incentiva à continuidade das mesmas, reforçando positivamente. Tem ensinado os seus filhos a cozinhar, tornando um momento divertido em família.
Foco de atenção	Gestão do Regime terapêutico
Intervenção de diagnóstico	- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso; - Avaliar capacidade para gerir regime de exercício; - Avaliar capacidade para gerir regime dietético; - Avaliar potencial para melhorar a capacidade, com base nos seguintes itens: capacidade física, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, força de vontade expressa para a aprendizagem e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem.
Diagnóstico de enfermagem	11/06/2025 – Gestão do regime terapêutico comprometido; 20/06/2025 – Gestão do regime terapêutico comprometido; 27/06/2025 – Gestão do regime terapêutico comprometido;
Planeamento	A gestão do regime terapêutico apode-se apresenta-se como um desafio inicial, uma vez que requer a integração do tratamento na própria rotina de vida, seja através da alimentação saudável, prática de exercício, toma de medicação ou monitorizações constantes, por este motivo é essencial que se encontre um equilíbrio entre o tratamento e a rotina diária. Ser agente de mudança na gestão do regime terapêutico fortalece a autonomia e melhora a condição de saúde.
Intervenções de Enfermagem	Ensinar sobre autovigilância Ensinar sobre complicações Ensinar sobre gestão do regime terapêutico Ensinar sobre padrão alimentar Ensinar sobre padrão de exercício Ensinar sobre regime medicamentoso Incentivar adesão ao regime terapêutico Incentivar atividade física Incentivar autovigilância Incentivar hábitos alimentares saudáveis Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico Incentivar progressos Incentivar comportamento de adesão

Avaliação	11/06/2025 – A sra. C.F não revelava qualquer gestão do regime terapêutico, apresentando valores glicémicos descontrolados. Apresentava desmotivação significativa para alterar hábitos de vida, como alimentação e atividade física e não realiza um controlo regular das glicémias. 20/06/2025 - A utente começou a controlar regularmente as glicémias e começou a aderir ao regime medicamentoso, realizando uma correta administração da insulina. 27/06/2025 - Notórias melhorias nos valores das glicémicos, através de uma boa adesão regime medicamentoso e adesão ao regime alimentar. Segundo a utente, ainda sem adesão ao regime de exercício por falta de disponibilidade.
Foco de atenção	Autoadministração de Medicamentos
Intervenção de diagnóstico	- Capacidade para autoadministração de medicamentos, tendo em conta as diversas vias de administração (oral, tópica, subcutânea e transdérmica)
Diagnóstico de enfermagem	11/06/2025 – Potencial para melhorar a capacidade para administrar medicamentos 20/06/2025 – Potencial para melhorar a capacidade para administrar medicamentos 27/06/2025 – Capacidade para administrar medicamentos
Planeamento	A autoadministração de insulina é uma ação de autocuidado diário que exige do utente grande responsabilidade, conhecimento e principalmente autonomia. Aprender a administrar insulina é fundamental para melhorar a qualidade de vida e evitar futuras complicações.
Intervenções de Enfermagem	Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos. Instruir a autoadministrar insulina Instruir a administrar medicamento por via subcutânea. Treinar a administrar medicamento por via subcutânea
Avaliação	11/06/2025 – A sra. C.F não revelava conhecimentos nem capacidade para autoadministração da medicação por via subcutânea. Não conhecia a técnica, manuseamento e armazenamento da mesma. Tendo sido realizada a primeira administração pelo enfermeiro. 20/06/2025 - A utente demonstrou como manuseava a caneta de insulina, o local de administração e modo como administrava. Reforçada a higienização das mãos antes e depois da administração e correto descarte da agulha de insulina. 27/06/2025 – A utente apresenta uma correta autoadministração da insulina.

APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO “AS DOENÇAS QUE AS VACINAS PODEM PREVENIR”



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA



Plano de Sessão

Designação da Ação:	As doenças que as vacinas podem prevenir	Duração	1 H
		Total:	
Data:	09.01.2026	Local Realização:	USF Santiago de Leiria
Formador (s):	Rita Vieira Nunes Sara Raquel Almeida Curado Matias Patrícia Alexandra Fialho Pereira Maria Odete Martins		
Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>	Apresentar o livreto informativo ‘As doenças que as vacinas podem prevenir’ elaborado com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos utentes, sobre a temática		
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	1. Refletir sobre a educação para a saúde na área da prevenção de doenças com recurso à vacinação 2. Dar a conhecer à equipa de enfermagem o novo livreto ‘As doenças que a vacinação pode prevenir’		
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>	1. A educação para a saúde nas consultas de vacinação 2. Doenças passíveis de <u>ser</u> prevenidas com recurso <u>a</u> vacinação: descrição da doença, formas de transmissão e sintomas da doença.		
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	Métodos Afirmativos • Método Expositivo x Métodos Interrogativos • Técnica de Perguntas x • Ensino Programado x Outros _____		
Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>	Computador – apresentação PowerPoint		
Resultados Esperados	- Melhorar os cuidados de enfermagem nas consultas de vacinação - Melhorar a literacia em saúde dos utentes		

APÊNDICE III – PLANO DE SESSÃO “CONSULTA DE SAÚDE FAMILIAR À FAMÍLIA COM FILHO ADOLESCENTE”



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA



Plano de Sessão

Designação da Ação:		Consulta de saúde familiar à família com filho adolescente		Duração	1 H
Data:		23.01.2026	Local Realização:	USF Santiago de Leiria	
Formador (s):		Patrícia Alexandra Fialho Pereira Rita Vieira Nunes			
Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>		• Sensibilizar os profissionais para a prática da enfermagem de saúde familiar. • Capacitar os profissionais para a realização da consulta de enfermagem à família com filho adolescente (10-18 anos), focando-se no resumo mínimo de dados e nas intervenções de enfermagem de saúde familiar.			
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>		1. Identificar as tarefas de desenvolvimento da família com filho adolescente. 2. Aplicar o protocolo de consulta de saúde infantil e juvenil no grupo etário dos 10 aos 18 anos. 3. Realizar o diagnóstico e planeamento de intervenções nos focos: desenvolvimento do adolescente, papel parental e processo familiar. 4. Utilizar questões interventivas para promover a comunicação e o coping familiar.			
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>		• O Ciclo vital da Família - estadio 5 - Família com filho adolescente. • Tarefas de desenvolvimento: apoio à construção da identidade, autonomia e reajuste de limites. • Focos de atenção na consulta (Resumo mínimo de dados): - Desenvolvimento do adolescente (dimensões física e psicomotora). - Papel Parental (conhecimento, adesão e interação de papéis). - Processo Familiar (comunicação, coping e relação dinâmica). • Intervenções de enfermagem: uso de questões reflexivas e interventivas.			
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>		Métodos Afirmativos • Método Expositivo x Métodos Interrogativos • Técnica de Perguntas x • Ensino Programado x Outros _____			
Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>		Computador – apresentação PowerPoint Protocolo de Consulta SIJ – Resumo Mínimo de Dados.			
Resultados Esperados		Espera-se que, no final da sessão, os formandos consigam sistematizar a consulta de enfermagem do adolescente de forma estruturada, identificando precocemente comportamentos de risco e promovendo a funcionalidade familiar através de intervenções de cariz relacional e sistémico.			

APÊNDICE IV – PANFLETO DO MANUAL DE VACINAÇÃO

DOENÇAS INFECCIOSAS QUE PODEMOS PREVENIR



Sabias que as vacinas salvam vidas?!

Vem daí saber mais sobre isto...

Protegem contra

RUBÉOLA	TOSSE CONVULSA	DIFTERIA
MENINGITE A,C,W,Y	GRIPE	HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B
VARICELA	TÉTANO	MENINGITE B
SARAMPO	PAPILOMA HUMANO	POLIMIELITIS
HEPATITE B	STREPTOCOCCUS PNEUMONIA	PAROTIDITE
HEPATITE A	ROTAVÍRUS	HERPES ZOSTER
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO		



TOSSE CONVULSA



Doença **infecciosa** aguda, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, que compromete o aparelho respiratório (traqueia e brônquios).

Transmite-se através de gotículas de saliva | expelidas pelo espirro, tosse e contacto com objetos contaminados



Pode dar sintomas como, corrimento nasal, tosse não produtiva, febre baixa, cianose e inchaço da língua.

DIFTERIA



Doença infecciosa causada pela toxina da bactéria *Corynebacterium diphtheriae* que leva ao aparecimento de lesões localizadas nas amígdalas, laringe, nariz, e também na pele.

Transmite-se por contacto direto (gotículas de saliva, feridas/úlceras abertas) e contacto indireto (objetos contaminados)



Pode dar sintomas como, febre, cansaço, dor de garganta, gânglios inflamados no pescoço, dificuldade em engolir, rouquidão ou estridor, dificuldade respiratória

TÉTANO



É uma infecção aguda grave, causada pela toxina do bacilo tetânico *Clostridium tetani*, que entra no organismo pelas feridas ou lesões da pele.

Transmite-se pela contaminação de qualquer tipo de ferida com esporo da bactéria *Clostridium tetani*, que se encontra no meio ambiente.



Dá sintomas como, febre, dificuldade respiratória, espasmos musculares, câibras e convulsões, acabando por levar à morte.

MENINGITE A,C,W,Y E MENINGITE B

Os tipos A,C,W, Y e B da bactéria "*Neisseria meningitidis*" levam a uma infecção grave do tecido que delimita o cérebro e a medula espinal



Transmite-se facilmente de indivíduo para indivíduo por contacto direto por gotículas da saliva, tosse e espirros e pela proximidade física.

Dá sintomas como, febre alta, dor de cabeça intensa, rigidez da nuca, náuseas, vômitos, convulsões, confusão mental, agitação e erupções na pele.



HEPATITE B

A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo vírus da hepatite B e que ataca o fígado, podendo causar doença aguda ou crónica.



Transmite-se por via sexual, parentérica (partilha de agulhas, lâminas...) e vertical (de mãe para filho).

Pode dar sintomas como, febre, dor abdominal, fadiga, diminuição do apetite, náuseas, vômitos, icterícia e urina escura e fezes claras.



HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

Haemophilus influenzae tipo b é uma bactéria que pode causar infeções graves e mesmo fatais ou sequelas, como a perda de audição e dificuldades de aprendizagem.



Transmite-se por gotículas respiratórias.

Podem apresentar sintomas, como: febre, cansaço, dor de cabeça e de garganta, dificuldade respiratória, pescoço rígido, vômitos, articulações dolorosas, erupção cutânea, pele lábios ou língua pálida, azul, cinzenta ou esbranquiçada.

PAPILOMA HUMANO

São mais de 120 tipos de vírus do HPV, afetam preferencialmente os órgãos genitais e podem ser de alto (16 e 18 - lesões cancerosas) e baixo risco (6 e 11 - doenças benignas como verrugas ou condilomas)



Transmite-se por via sexual (sexo vaginal, anal ou oral), através do contacto com a pele ou mucosa e pode ser transmitido durante o parto

Pode dar sintomas como: comichão, ardor ou dor na relação sexual, verrugas na região genital ou anal, corrimento anormal e hemorragias fora do período da menstruação.

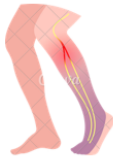


POLIMIÉLITE



Infeção viral que afeta principalmente o sistema nervoso, podendo levar à paralisia e morte.

Propaga-se facilmente pelo ar e através do contacto direto com superfícies contaminadas



Pode dar sintomas ligeiros, como, febre, dor de cabeça, vômitos e diarreia ou sintomas graves, como, dor muscular, fraqueza e paralisia

VARICELA

Infeção viral extremamente comum que provoca doença cutânea



Propaga-se facilmente pelo ar e através do contacto direto com superfícies contaminadas

Pode dar sintomas como, febre, cansaço; dor de cabeça e de barriga, erupção cutânea, bolhas na pele com líquido, crostas causadas pela rutura das bolhas e pele com manchas

ROTAVÍRUS

Grupo de vírus que podem causar infeções no sistema digestivo, principalmente crianças pequenas e bebês.



Propaga-se facilmente através do contacto direto com superfícies contaminadas, água, alimentos e fezes

Pode dar sintomas como, vômitos, diarreia com odor forte, febre alta, perda de apetite, dor abdominal e fadiga



STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE



Doença pneumocócica é uma infeção bacteriana, potencialmente fatal que pode causar complicações graves

Transmite-se por gotículas respiratórias.

Pode dar sintomas como: dor de ouvido, dor de cabeça, nariz entupido, tosse, febre, perda de apetite, confusão, dor torácica, dificuldade respiratória, sensibilidade à luz, pele, lábios ou língua pálida, azul ou esbranquiçada.

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

É um vírus que pode provocar doença respiratória. Sendo a causa mais comum de doença das vias respiratórias inferiores até aos 12 meses de idade.



Transmite-se através do nariz ou boca depois do contacto com secreções ou objetos que contêm os vírus.

Pode dar sintomas de secreções nasais e oculares, tosse, pieira, febre, dificuldade em respirar, respiração semelhante a assobio, pausas durante a respiração (apneia), prostração e diminuição do apetite

HERPES ZOSTER

É uma doença transmissível provocada pela reativação do vírus da varicela.

O vírus aloja-se em células nervosas e pode permanecer inativado (sem sintomas) e, com o avançar da idade, ou com o enfraquecimento do sistema imunitário, pode reativar-se, originando a doença.



Pode ser transmitido por contacto direto através do líquido das bolhas e indireto, através objetos contaminados.



Pode dar sintomas como dor intensa, comichão na pele com posterior aparecimento de manchas vermelhas, que evoluem para bolhas (vesículas) com líquido e, posteriormente, crostas. por vezes é acompanhado de calor, dormência ou formigamento na zona afetada, febre e calafrios.

HEPATITE A

É uma infeção aguda do fígado, causada pelo VHA.



Através da ingestão de alimentos ou água contaminados e pode ser transmitido por contacto sexual.

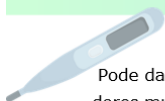


Pode dar sintomas, como: febre, mal-estar, náuseas, vômitos, dor abdominal, falta de apetite, fadiga, urina escura, fezes esbranquiçadas e icterícia.

GRIFE

É uma doença infecciosa, causada pelo vírus Influenza A e B, que afeta principalmente as vias respiratórias e que geralmente ocorre no inverno.

Transmite-se diretamente de pessoa-a-pessoa por contacto próximo através de secreções libertadas pela tosse, espirros e fala, e também por contacto direto com superfícies contaminadas.



Pode dar sintomas de mal-estar e cansaço, febre alta, dores musculares e articulares, dores de cabeça, dores de garganta, tosse, congestão nasal, náuseas e vômitos, diarreia e dificuldade respiratória

COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa provocada pelo vírus SARS-CoV-2, do grupo dos coronavírus, que muitas vezes se manifesta com sintomas de infeção respiratória aguda.



Transmite-se através de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala, e através do contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com o vírus ou inalação de aerossóis



Os sintomas associados à infeção são: febre alta, tosse, dores musculares, dificuldade respiratória, falta de ar, perda de olfato, ausência do paladar, diarreia, náuseas/vômitos, dor de garganta, congestão nasal e fadiga

SARAMPO

É uma infeção provocada por um vírus, habitualmente benigna mas pode ser grave e levar à morte



Transmite-se por contacto direto com gotículas infecciosas ou por propagação no ar quando a pessoa infetada tosse ou espirra

Pode dar febre, tosse conjuntivite, corrimento nasal e manchas vermelhas na pele.



PAROTIDITE

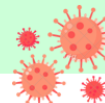


É uma doença aguda provocada pelo vírus paramyxovírus, provocando inchaço de uma ou de ambas as glândulas parótidas (salivares).

Transmite-se através da saliva e da secreção nasal, pela tosse e espirros e por contacto direto com pessoas e superfícies contaminadas.

Pode dar sintomas, como: febre, inchaço das glândulas salivares (2º ao 10º dia), inchaço na cara, dores a mastigar e engolir, cefaleias, fadiga e perda de apetite.

RUBÉOLA



É uma infeção viral contagiosa, causada pelo vírus da rubéola e sendo mais comum de acontecer durante a infância.

Transmite-se por contacto com secreções nasofaríngeas pela tosse, espirra ou fala e pode ser transmitido da mãe para o feto, durante a gravidez, pela corrente sanguínea da mãe.

Pode dar sintomas de febre baixa, cefaleias, conjuntivite ligeira, inflamação e corrimento nasal, dor nas articulações e tosse.



Referências bibliográficas:

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). European Vaccination Information Portal. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://vaccination-info.europa.eu/en>

Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). Página inicial. SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/pt/inicio>

APENDICE V - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA AUTORA COM DISPONIBILIZAÇÃO DA ESCALA KIDI-P



Rita Nunes

para luizabelima

04/12/2025, 20:17



Boa noite, Exma. Professora Luiza.

O meu nome é Rita Vieira Nunes, sou enfermeira de cuidados primários e aluna do 2º ano de mestrado de enfermagem e saúde familiar da Escola superior de saúde de Leiria. No âmbito do meu plano de estudos do mestrado, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação que correlaciona a frequência da participação dos pais nas consultas de saúde infantil com o conhecimento do desenvolvimento infantil com recurso á escala KIDI-P versão portuguesa. Desta forma, gostaria de saber se é possível enviar a escala completa KIDI-P na versão portuguesa, assim como a interpretação da mesma e as respostas correspondentes. Fico muito grata se fôr possível contar com a sua ajuda.

Com os melhores cumprimentos,
Rita Nunes



Luiza Nobre Lima

para mim

09/12/2025, 10:18



Cara Senhora Enfermeira Rita Nunes,

Remeto-lhe em anexo o KIDI-P, desejando felicidades para o seu trabalho.

Com os meus cumprimentos,

Luiza Lima

APÊNDICE VI - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PAIS DE CRIANÇAS COM IDADES ENTRE 1 E 3 ANOS

INQUÉRITO PARA PAIS DE CRIANÇAS ENTRE OS 1 E 3 ANOS DE IDADE

O presente inquérito está dividido em duas partes referentes à caracterização da amostra e a versão portuguesa da escala Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI-P). Para cada questão pede-se que assinale com uma cruz a opção, que tendo em conta a sua realidade, lhe faz mais sentido. A sua participação é essencial e voluntária e o questionário é anónimo e sigiloso.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade

18-27 ☐ 28-37 ☐ 38-46 ☐ 47-55 ☐ Mais de 55 ☐

2. Nº de filhos

1 filho ☐ 2 filhos ☐ 3 filhos ☐ 4 filhos ou mais ☐

3. Escolaridade

9º ano ☐ 12º ano ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

4. Qual a sua atividade profissional?

5. Em quantas consultas de enfermagem vigilância de saúde infantil acompanhou o seu filho? No primeiro ano de vida:

Nenhuma ☐ uma a duas vezes ☐ 3 ou mais vezes ☐

No segundo ano de vida:

Nenhuma ☐ uma a duas vezes ☐ 3 vezes ☐ Não aplicável ☐

No terceiro ano de vida:

Nenhuma ☐ uma a duas vezes ☐ Não aplicável ☐

PARTE II – AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

(David MacPhee, 1996; adapted by Tânia Mendes, Luiza Nobre-Lima & Maria da Luz Vale-Dias, 2011)
Paper: The Portuguese Version of the Knowledge of Infant Development Inventory –P (KIDI-P)

De seguida, está descrita uma lista de afirmações relacionadas ao comportamento das crianças em idade pré- escolar. Leia cada uma das afirmações e responda se **Concorda**, **Discorda** ou **Não tem certeza**, com base no seu conhecimento sobre crianças nesta faixa etária. O objetivo das respostas é perceber o seu grau de entendimento sobre a forma como a criança age, assim como o seu desenvolvimento e os cuidados necessários nesta fase.

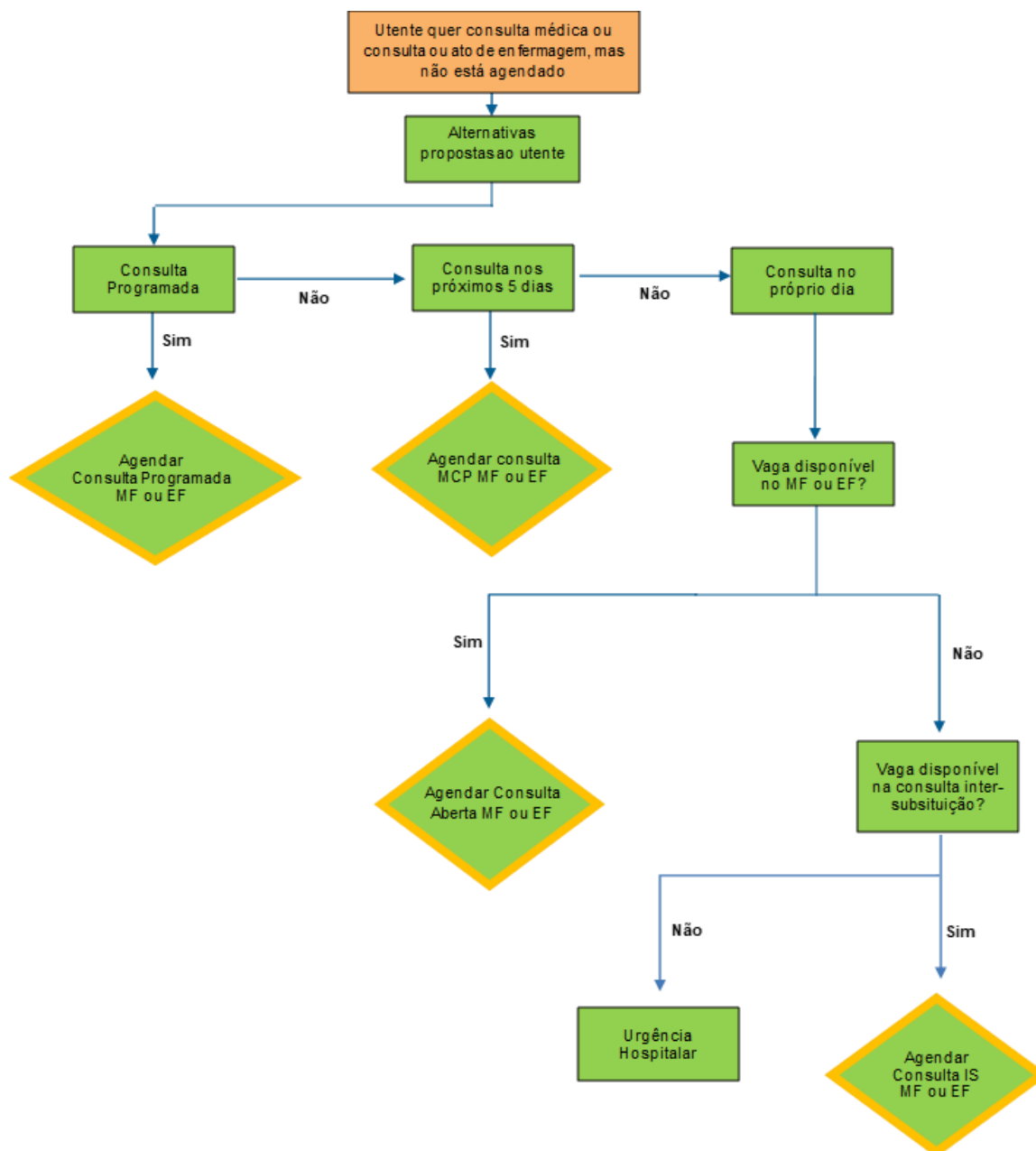
	Concordo	Discordo	Não tenho a certeza
1- Quando as crianças, por volta dos 18 meses de idade, estão fortemente vinculadas (ligadas) aos pais, são mais agarradas e tendem a ficar mais próximas deles			
2- Uma criança de 2 anos que está 2 ou 3 meses atrás de outra criança da mesma idade, considera-se que tem um atraso de desenvolvimento.			
3- Com frequência, as crianças continuam/insistem em usar a palavra errada para designar algo, mesmo quando lhes é ensinada a forma correta de o dizer (como cães e não cães”).			
4- Não se deve pegar no bebé ao colo quando chora porque isso fará com que ele queira andar sempre ao colo.			
5- Se um bebé (com menos de um ano) quer comer qualquer coisa, dê-lhe nozes, pipocas ou passas			
6- Os bebés fazem certas coisas só para aborrecer os pais, como chorar durante muito tempo ou fazer cocó na fralda.			
7- Se pune uma criança por ter feito algo de errado, não há problema em dar-lhe uma guloseima para que pare de chorar			
8- Com dois anos de idade, uma criança já é capaz de tomar banho sem ajuda.			
9- A criança aos 4 anos consegue escrever o seu nome.			
10- A criança pequena apenas compreende as palavras que consegue dizer			
11- Se as crianças se mostram tímidas ou difíceis perante situações novas, isso significa que têm um problema emocional.			
12- Conversar com uma criança sobre coisas que ela esteja a fazer, ajuda o seu desenvolvimento mental.			
13- Uma criança de dois anos de idade que lhe diz “Não!” a tudo e que age como se mandasse em si, está a tentar aborrecê-lo.			

14- A forma como a criança é educada pouco ou nada interfere no quanto inteligente será.			
15- As crianças fazem birras sem uma razão aparente.			
16- A partir dos 3 anos, a criança torna-se menos desafiadora e negativista - “Não, eu não quero”.			
17- Por volta dos 18 meses de idade, uma criança que seja muito enérgica- que nunca está parada - precisa de uma alimentação com menos açúcar ou de Ritalina.			
18- As crianças têm pouca influência na forma como os pais cuidam delas, pelo menos até se tornarem mais velhas.			
19- Quando se colocam os bebês no berço para dormir, deve-se deitá-los de costas e não de barriga para baixo.			
20- Um menino com 3 anos e meio que ainda faz xixi na cama tem um problema e deve ser visto pelo médico.			
21- Uma criança pode começar a fazer xixi na cama ou a chuchar no dedo quando nasce um irmão.			
22- A criança aos quatro anos é capaz de ir sozinha à casa de banho durante a noite.			
23- Uma criança de 2 anos tem uma noção do tempo diferente da do adulto			
24- A maioria dos bebês prematuros acaba por ser abusada, negligenciada ou fica com um atraso a nível mental.			
25- Uma criança deve ter pelo menos 5 anos de idade para ser autorizada a atravessar a estrada sozinha.			
26- A maior parte das crianças com 4 anos de idade consegue jogar jogos de tabuleiro simples, como o jogo das damas			
27- A personalidade ou o temperamento da criança forma-se pelos 6 meses; depois dessa idade não há grandes alterações			
28- Alguns pais não “criam laços” com o bebé a não ser quando este começa a sorrir e a olhar para eles.			
29- A forma como os pais cuidam do bebé nos primeiros meses de vida, determina se a criança virá a ser bem ajustada ou se virá a ter um temperamento inadaptado.			
30- As crianças aprendem toda a sua linguagem, imitando o que ouvem os adultos a dizer.			
31- Quando uma criança está constipada, é razoável que se lhe dê uma aspirina			
32- Uma criança de 6 anos de idade consegue andar numa bicicleta sem rodinhas.			
33- Algumas crianças normais não gostam de mimos.			
34- Por norma, uma criança de 5 anos de idade já é capaz de apertar os atacadores.			
35- Quanto mais tentamos acalmar um bebé que está a chorar, agarrando ao colo ou falando com ele, mais o estragamos com mimos.			
36- Os acidentes mais comuns que acontecem a crianças por volta dos 18 meses de idade ocorrem quando estas puxam algo como uma frigideira, uma toalha de mesa ou um candeeiro para cima de si.			

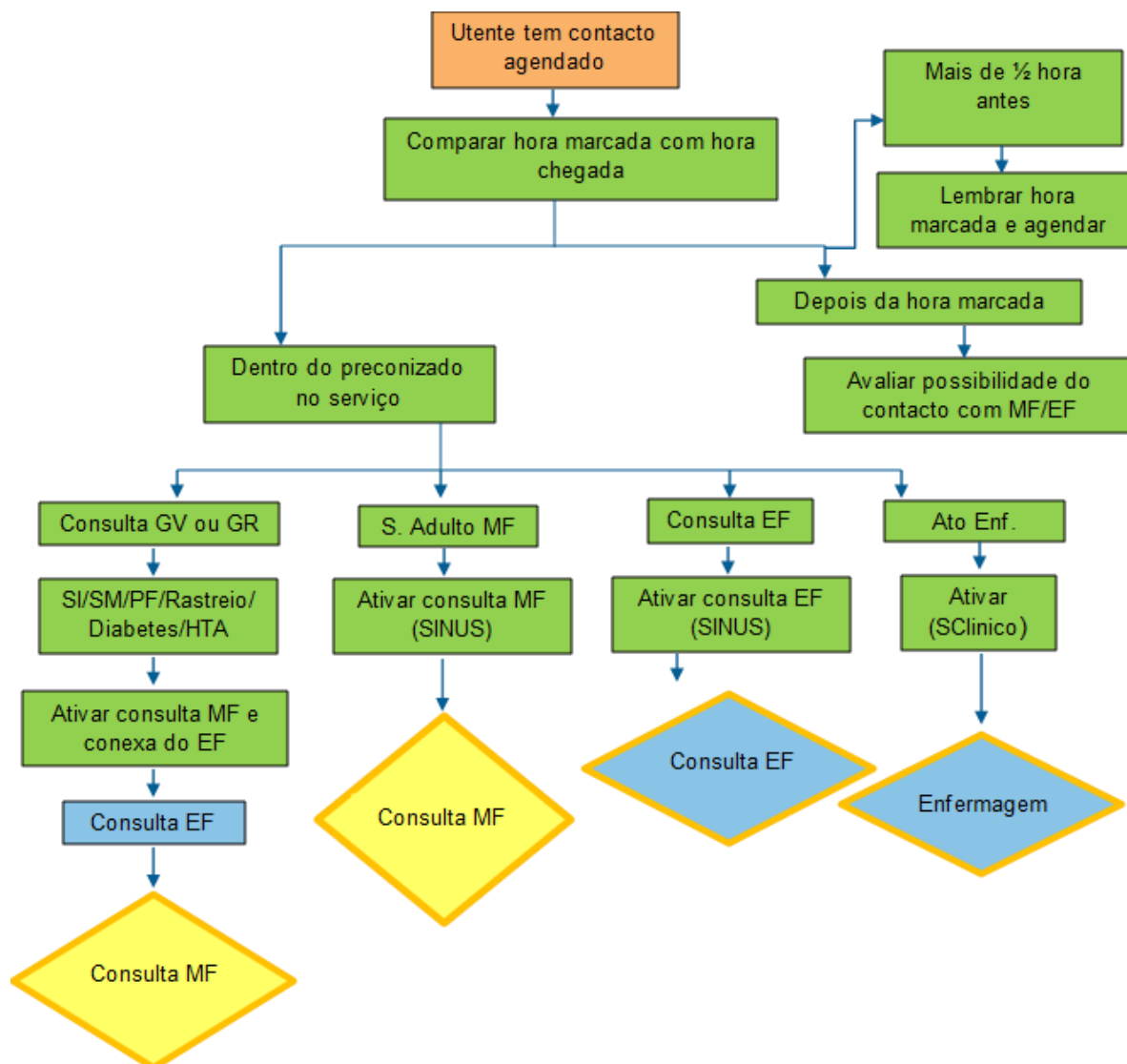
37- Uma criança de quatro anos ao ver uma menina de cabelo curto e com jardineiras é capaz de dizer que se trata de um rapaz.			
38- Uma boa estratégia para ensinar a criança a não morder, é morder-lhe.			
39- O que num dia o leva a disciplinar a criança, noutros dias pode ser ignorado. Tudo depende da sua disposição nesse dia.			
40- A maior parte das crianças de 6 anos de idade consegue escrever uma frase completa.			
41- Por volta dos três anos de idade, a maior parte das crianças têm um colega de brincadeira preferido.			
42- A maior parte das crianças de 2 anos de idade sabe distinguir uma história fictícia de uma história verdadeira na TV.			
43- Uma criança de 5 anos de idade consegue ler quatro ou mais palavras.			
44- A criança aos 3 anos, normalmente, pede “desculpa” quando faz algo errado.			
45- Por norma, uma criança de 4 anos, veste-se e despe-se sem Ajuda			
46- A criança de 2 anos de idade é capaz de raciocinar de forma lógica, tal como um adulto faz.			
47- A criança com um ano de idade distingue o certo do errado.			
48- A criança aos 5 anos de idade usa o plural corretamente, por exemplo diz “pães” e não “pãos”.			
49- Por volta do ano de idade, as crianças estão prontas para fazerem o treino do bacio.			
50- A maior parte das crianças com 3 anos de idade consegue calçar os sapatos no pé certo.			
51- Só a partir dos quatro anos de idade é que as crianças começam a provocar outras crianças.			
52- Aos seis meses de idade, o bebé sabe o significado da palavra “não”.			
53- A criança aos 3 anos de idade distingue a mão direita da mão esquerda.			
54- Por volta dos três anos de idade, a criança veste as roupas dos pais para brincar ao faz de conta.			
55- Geralmente aos 18 meses de idade, a criança coopera e partilha quando brinca em conjunto.			
56- A grande maioria das crianças com 6 anos de idade consegue adicionar números até dez, como 2+2, 3+5, etc.			
57- Normalmente os bebés dizem a primeira palavra aos 6 meses.			
58- A criança de dois anos, que é deixada sozinha, tem noção que não deve fazer algo perigoso, como enfiar o dedo numa tomada.			

ANEXOS

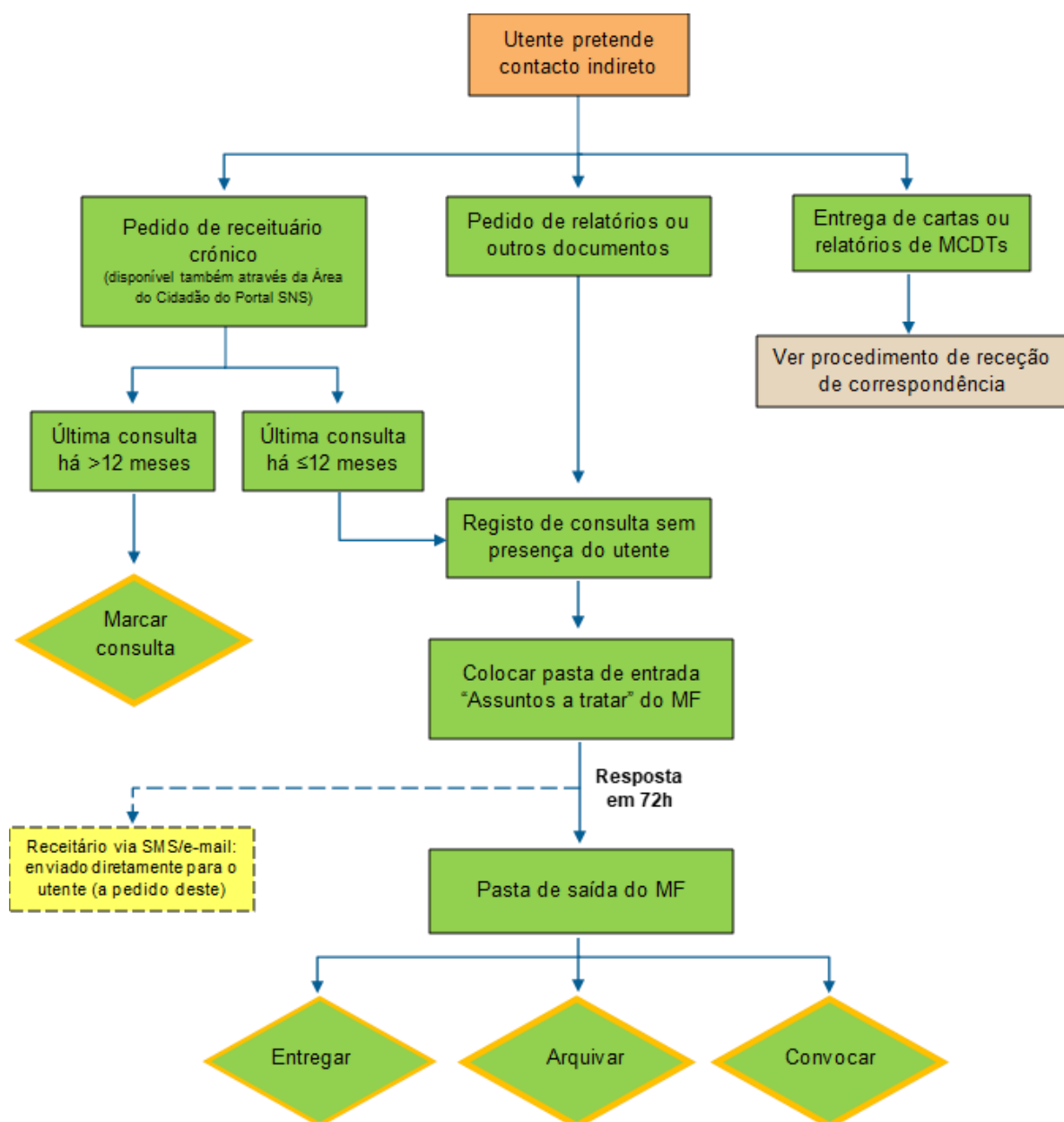
ANEXO I – Fluxograma de contacto não agendado da USF



ANEXO II – Fluxograma de contacto agendado da USF



ANEXO III – Fluxograma de contacto indireto da USF



ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPL



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/83/2025

Data: 29/09/2025

Título do estudo: Conhecimento parental: impactos da presença paterna nas consultas de saúde infantil.

Nome dos proponentes: Rita Vieira Nunes.

Investigadores Principais: Pedro Emanuel Alexandre de Sousa.

Membros da equipa de investigação: Rita Vieira Nunes e Pedro Emanuel Alexandre de Sousa.

O estudo tem como objetivos: -----
Objetivo geral: Analisar o conhecimento parental dos pais de crianças entre 1 e 3 anos de idade que frequentam as consultas de saúde infantil dos cuidados de saúde primários em Portugal. -----
Objetivos específicos: Comparar o conhecimento parental dos pais com número de consultas de saúde infantil que frequentam; identificar fatores sociodemográficos que possam influenciar o conhecimento. -----
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, junho de 2025. -----
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, março de 2026. -----
A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, após parecer da comissão de ética. -----
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, 01 de dezembro de 2025.
Metodologia: -----
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado, observacional do tipo transversal-analítico. -----
Os Critérios de inclusão e exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os procedimentos para a recolha de autorizações estão descritos e corretamente justificados. -----
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----
Não foram identificados riscos para os participantes. -----
Os benefícios previstos para os participantes no estudo estão devidamente descritos e justificados.
Não estão previstos custos nem compensações para os participantes. -----
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O compromisso de honra do investigador principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
No consentimento informado, esclarecido e livre foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----

Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P'la CE a Presidente

Assinado por: SUSANA LUÍSA DA CUSTÓDIA
MACHADO MENDES
Num. de identificação: B1105863491
Data: 2025.09.29 17:59:41 +01'00'



ANEXO V – SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA

[RER] Agradecimento pela submissão



Tereza Barroso (Editora-Chefe) <tbarroso@rcd.p.usp.br>

Para: ⊗ Rita Vieira Nunes



ter, 31/03/2026 19:38

Rita Nunes,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Conhecimento parental dos pais que frequentam as consultas dos cuidados de saúde primários em Portugal." à revista *Revista de Enfermagem Referência*. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/auth...>

Nome de utilizador: JUANPABLO

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Tereza Barroso (Editora-Chefe)

[Revista de Enfermagem Referência](#)

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra (ESEUC)

Avenida Bissaya Barreto s/n, 3004-011 - Coimbra