

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM MEMBRO  
IDOSO PORTADOR DE DOENÇAS CRÓNICAS**

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas  
na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de estágio

Maria João Ferreira da Silva

Porto, 2023



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

---

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM  
MEMBRO IDOSO PORTADOR DE DOENÇAS CRÓNICAS**

Projeto de desenvolvimento de competências  
clínicas especializadas na área de Enfermagem de  
Saúde Familiar

**EVALUATION AND INTERVENTION IN FAMILIES WITH AN  
ELDERLY MEMBER WITH CHRONICS DISEASES**

Specialized clinical skills development project in  
family health nursing

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

Maria João Ferreira da Silva

Porto, 2023

## AGRADECIMENTO

Quero agradecer a todos os que comigo colaboraram nesta caminhada e que me apoiaram na realização deste trabalho.

À Sra. Professor Doutora Maria José Peixoto e à Sra. Professora Ana Isabel Vilar, pela orientação científica, disponibilidade e pelos contributos para a consolidação deste trabalho.

À Sra. Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela orientação e disponibilidade enquanto coordenadora do curso.

A toda a equipa do Unidade Saúde Familiar pelo acolhimento e simpatia em todo o processo de aprendizagem, essencialmente a todos os colegas enfermeiros pela participação em todos os desafios propostos e pela partilha de conhecimentos.

À Sra. Enfermeira tutora, pela sua simpatia, dedicação e envolvimento neste processo enquanto tutora de estágio e colega.

À Marta, companheira nesta batalha, pelo exemplo de resiliência e dedicação, otimismo e motivação nos momentos mais sinuosos deste percurso.

Aos meus colegas de curso, pela amizade.

Ao meu companheiro de vida, pelo amor, paciência, apoio e por acreditar que seria capaz de responder a este desafio.

Por último, a todas as famílias envolvidas no percurso, pois merecem todo o apreço e afeição.

## RESUMO

O presente relatório reporta o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF). A sua elaboração promoveu a reflexão crítica sobre o percurso realizado no estágio de natureza profissional Módulo I e II, desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar no ano letivo 2022/2023, num total de 510 horas realizadas num período de 7 meses. Como objetivos foram estipulados: desenvolver competências para 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; desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

O recurso à evidência científica, ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico e operativo, e à Teoria das Transições, permitiu identificar as forças, os recursos e as necessidades das famílias sensíveis ao exercício do Enfermeiro Especialista em ECESF, bem como compreender as propriedades da experiência de transição individual em situação de saúde ou de doença. Foram utilizados instrumentos para a avaliação familiar e dos seus membros, permitindo elaborar um processo de cuidados individualizado conducente à modificação positiva dos diagnósticos de enfermagem. A avaliação e intervenção à família e aos seus membros, bem como à análise formalizada dos resultados refletidos em ganhos em saúde, permitiu desenvolver competências para cuidar da família constituída por membros idosos portadores de doença crónica.

A identificação da ausência de documentação no programa saúde da família incentivou a exploração e o reconhecimento da carência de conhecimento e competência dos enfermeiros para o fazer. Neste seguimento, foi elaborada uma formação em serviço sobre a documentação no programa saúde da família, com recurso ao sistema informático *Sclinico* e à Matriz Operativa do MDAIF para orientação da documentação. O envolvimento em eventos científicos proporcionou o desenvolvimento da competência para gerir e participar ativamente em intervenções relacionadas com a Enfermagem Saúde Familiar.

Cuidar da família foi identificado como um processo complexo devido à importância de conhecer a individualidade da família, bem como dos seus membros. A utilização do MDAIF e da Teoria das Transições foi essencial para elaborar o processo de cuidados e refletir-se nos ganhos em saúde. O contexto de estágio proporcionou a oportunidade para a criar e sustentar uma visão partilhada sobre Enfermagem de Saúde Familiar.

**Palavras-chave:** saúde da família, doença crónica, idoso, família, enfermagem

## ABSTRACT

This report describes the development of skills in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (CNFHN). Its preparation promoted critical reflection on the progress made during the professional internship, Modules I and II, carried out in a Family Health Unit during the academic year 2022/2023, totaling 510 hours completed over a period of 7 months. The objectives established were: to develop competencies for caring for the family as a unit of care and for each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention; to develop competencies for leading and collaborating in the processes of intervention in the field of Family Health Nursing.

The use of scientific evidence, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) as a theoretical and operational framework, and the Theory of Transitions allowed for the identification of the strengths, resources, and needs of families sensitive to the practice of the Specialist Nurse in CNFHN, as well as the understanding of the properties of the individual transition experience in situations of health or illness. Instruments were used for the assessment of families and their members, enabling the development of an individualized care process leading to positive changes in nursing diagnoses. The assessment and intervention with the family and its members, as well as the formalized analysis of results reflected in health improvements, facilitated the development of skills to care for families consisting of elderly members with chronic illnesses.

The identification of a lack of documentation in the Family Health Program prompted the exploration and recognition of nurses' knowledge and competence deficits in this regard. Consequently, an in-service training program was developed on documentation in the Family Health Program, utilizing the Sclinico computer system and the MDAIF Operational Matrix as guidance for documentation. Participation in scientific events contributed to the development of competence in managing and actively engaging in Family Health Nursing-related interventions.

Caring for the family was identified as a complex process due to the importance of understanding the individuality of the family as well as its members. The use of MDAIF and the Theory of Transitions was crucial in developing the care process and reflecting it in health gains. The internship context provided an opportunity to create and sustain a shared vision of Family Health Nursing.

**Keywords:** family health, chronic disease, aged, family, nursing.

## CHAVE DE SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS, IP - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AN - Avaliação das Necessidades

AC - Avaliação dos Conhecimentos

ACI - Atividades que Concretizam as Intervenções

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DAP - Doença Arterial Periférica

DCNT - Doença Crónica Não Transmissível

DGS - Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

ECESF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem em Saúde Familiar

ERSHR - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

HTA - Hipertensão Arterial

ID - Indicador de Desempenho

IMC - Índice de Massa Corporal

INR - International Normalized Ratio

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

TAF - Taxa de Avaliação Familiar

TMPED - Taxa de Modificação Positiva no Estado do Diagnóstico

TP - Taxa de Prevalência

UC - Unidade de Competência

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

SNS - Sistema Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....</b>	<b>12</b>
1.1. Contexto da prática clínica.....	12
1.2. Caracterização das famílias.....	14
<b>3. ESTRUTURA CONCEITUAL.....</b>	<b>16</b>
3.1. Família.....	16
3.2. Família e transição accidental.....	18
3.3. Enfermagem de saúde familiar.....	24
<b>4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....</b>	<b>29</b>
4.1. Prestação cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados.....	29
4.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias.....	91
4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar.....	95
<b>6. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>

### ANEXOS

ANEXO 1 - Matriz documental de avaliação e intervenção familiar

ANEXO 2 - Instrumentos de avaliação familiar

ANEXO 3 - Escala de Zarit

ANEXO 4 - Prestação de cuidados às famílias

ANEXO 5 - Indicadores de ganhos em saúde

ANEXO 6 - Plano de formação

ANEXO 7 - Questionário de diagnóstico de situação

ANEXO 8 - Plano de sessão

ANEXO 9 - Instrumento de avaliação da ação de formação

ANEXO 10 - Manual orientador para a documentação no programa saúde da família

ANEXO 11 - Lista de validação para avaliação de competências

ANEXO 12 - Certificados de participação em eventos científicos

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. C. da família	
1.....	51
QUADRO 2: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. M. da família	
1.....	55
QUADRO 3: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. P. da família	
2.....	71
QUADRO 4: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. J. da família	
2.....	74
QUADRO 5: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. M. da família	
2.....	77
QUADRO 6: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. T. da família	
3.....	87
QUADRO 7: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. A. da família	
3.....	90
QUADRO 8: Taxa de avaliação familiar das áreas de atenção por dimensões em relação às sete famílias.....	92
QUADRO 10: Ganhos em saúde como resultados da prestação de cuidados às sete famílias... 94	
QUADRO 11: Resultados do grupo II no questionário de diagnóstico das necessidades..... 98	
QUADRO 12: Resultados do grupo III do questionário de diagnóstico das necessidades..... 99	
QUADRO 13: Prestação de cuidados à família 4 no âmbito do processo familiar..... 160	
QUADRO 14: Prestação de cuidados à família 5 no âmbito do papel prestador de cuidados e processo familiar..... 163	
QUADRO 15: Prestação de cuidados à família 6 no âmbito da satisfação conjugal..... 165	
QUADRO 16: Prestação de cuidados à família 7 no âmbito da satisfação conjugal..... 167	
QUADRO 17: Indicadores de ganhos em saúde..... 169	
QUADRO 18: Descrição dos objetivos e estratégias de cada etapa da formação em serviço.. 172	
QUADRO 19: Cronograma das atividades por etapas da formação em serviço..... 174	

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide etária das pessoas inscritas na USF.....	13
FIGURA 2: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação.....	27
FIGURA 5: Genograma da família 2.....	57
FIGURA 6: Ecomapa da família 2.....	58
FIGURA 7: Genograma da família 3.....	79
FIGURA 8: Ecomapa da família 3.....	80



## INTRODUÇÃO

A família é formada por indivíduos que se unem em virtude de relações afetivas, manifestando relações intrincadas, mutáveis e intrinsecamente ligadas ao contexto. Sob essa perspectiva, a família é percebida como uma unidade dinâmica com a capacidade intrínseca de autodeterminação e autoorganização ao longo de seu desenvolvimento, contribuindo significativamente para a construção de sua própria identidade. Da funcionalidade da família, enquanto unidade, e do bem-estar dos seus membros emerge a saúde da família. Para promover estratégias de saúde eficazes, é essencial considerar tanto as necessidades individuais de cada membro quanto a funcionalidade da família como um todo. Isso requer a procura da maximização do potencial de saúde da família, o que implica manter sua estrutura organizacional e, ao mesmo tempo, promover mudanças estruturais quando necessário (Figueiredo, 2012).

O envolvimento dos membros da família no processo de cuidados é considerado essencial para alcançar a saúde familiar, sendo que as inter-relações no sistema são um recurso de apoio para atingir o sucesso terapêutico (Freitas, et. al, 2020; Irani, 2019). O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) detém a competência de “cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, e “liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19357). Estas competências promovem ao enfermeiro a capacidade e habilidade de desenvolver um processo de cuidados co-desenvolvido com a finalidade de promover a capacitação da família para mobilizar os seus recursos e forças de forma a atingir a maximização do seu potencial de saúde ao longo do ciclo vital familiar (Figueiredo, 2012).

No decurso do processo de aprendizagem no Mestrado em ECESF, o aprofundamento sobre as competências específicas decorreu através da prática clínica no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório (Módulo I e II) numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo B, sob a tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, no ano letivo 2022/2023.

O relatório do estágio profissional emergiu numa primeira fase da prática clínica após a caracterização de 60 famílias da lista da enfermeira tutora e na identificação e validação das necessidades do serviço. Foi identificado que 56,5% das famílias caracterizadas tinham, pelo menos uma pessoa idosa na sua constituição portadora de DM tipo 1 ou 2 e/ou HTA, bem como foi verificado que a equipa da USF desenvolveu um plano de acompanhamento interno no ano 2022 cujo foco foram as pessoas com DM com tipo 1 ou 2 com valores de pressão arterial

superior ou igual a 140/90mmHg. A sua finalidade seria melhorar o *score* do indicador de desempenho “Proporção de DM com PA  $\geq$  140/90mmHg” para valores entre 0,5 e 1,5. Estes dados e a relevância da prevenção de complicações decorrentes destas doenças estiveram de acordo com as informações estatísticas em Portugal. A nível nacional verifica-se que, em 2022, 23,8% da população tinha mais de 65 anos de idade (Pordata, 2023a), um grupo etário que enfrenta maior vulnerabilidade devido ao processo de envelhecimento, e no qual uma diversidade de fatores biopsicossociais exerce um impacto direto na incidência das Doenças Crónicas não Transmissíveis (DCNTs) (Júnior et al., 2023). A HTA apresenta uma taxa de prevalência de 36,0% nas pessoas com idade compreendida entre 17 e 75 anos, sendo mais prevalente no grupo etário com idade superior a 65 anos de idade, e a DM com uma taxa de prevalência de 14,1% em pessoas com idade entre 20 e 79 anos de idade (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [INSEF], 2015; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). A análise destes dados permitiram concluir que existe, na USF e a nível nacional, a necessidade de um processo de cuidados para adaptação e ajustamento da família à crise que pode ser gerada por estas doenças e o enfermeiro de saúde familiar detém competências para cuidar da família e de cada um dos seus membros nas transições complexas e aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 428/2018). Neste seguimento, o presente relatório ficou denominado como “Avaliação e intervenção em famílias com membro idoso portador de doenças crónicas”, especificamente a DM tipo 2 e/ou HTA.

No sentido de dar resposta à concretização da avaliação e intervenção das famílias, foi utilizado, como metodologia, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a Teoria das Transições como referenciais teóricos para dar resposta ao desenvolvimento das competências específicas de ECESF e ao processo de cuidados individuais aos membros da família, respetivamente.

Desta forma, é esperado que dois objetivos gerais sejam alcançados, os quais envolvem:

- desenvolver competências para 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;
- desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

O presente relatório divide-se do relatório nos seguintes capítulos: a caracterização do contexto clínico onde foram desenvolvidas as atividades, o enquadramento teórico para fundamentar e justificar as necessidades identificadas nas famílias, a descrição das atividades da componente clínica e a análise sobre o contributo das atividades para o desenvolvimento das competências em ECESF. No final do relatório é efetuada uma síntese final reflexiva.

## 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No presente capítulo é abordada a descrição do contexto da prática clínica e a caracterização das 60 famílias da lista do enfermeiro tutor realizado no estágio do módulo I.

### 1.1. Contexto da prática clínica

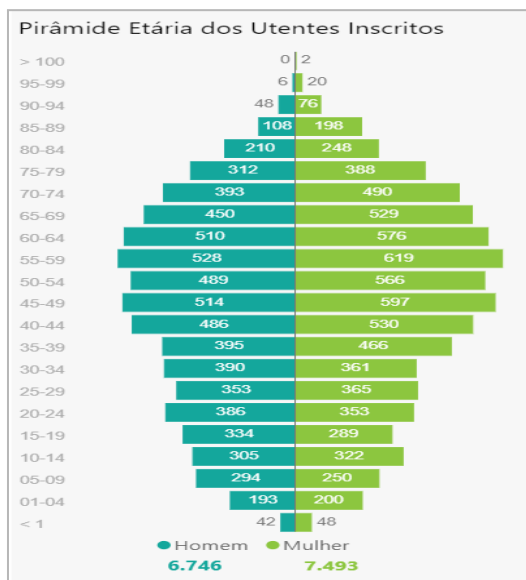
O estágio de natureza profissional foi desenvolvido numa USF modelo B que compõem um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). O ACeS é constituído por serviços de saúde com autonomia administrativa que incluem várias unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e USF. O ACeS é composto por uma ou mais USF's com a finalidade de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-lei nº 298/2007, 2007).

As USF's são constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos que prestam cuidados de saúde à família e à pessoa. Estas podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento (A, B e C) com diferença no grau de autonomia organizativa, funcional e técnica (decreto-lei nº 298/2007, 2007). O Modelo A consiste numa fase de aprendizagem para passar de um trabalho individual e isolado para o trabalho em equipa e ser um contributo para o desenvolvimento da prática na contratualização de objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. O Modelo B é um modelo de trabalho em equipa de saúde familiar que permite a prestação de cuidados de saúde de proximidade, mobilizado por incentivos conforme o desempenho individual e coletivo. Estes têm como finalidade aumentar competências de cada profissional e, por conseguinte, potencializar a eficácia, eficiência e a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários com importantes ganhos em saúde. Por último, no Modelo C as equipas podem ser sector público, privado, cooperativo ou social e é um modelo experimental (ACSS, 2022).

A USF modelo B, o local de estágio, tem como missão ser uma unidade motivadora da equipa que a constitui, promovendo o bem-estar e evolução profissional, assegurando a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade baseada na evidência técnico-científica. Esta tem como visão ser um modelo de referência para outras unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) como prestadora de cuidados de excelência e proximidade, regendo-se pelos seguintes valores: competência, ética, satisfação, disponibilidade, responsabilidade, ambição, autonomia, cooperação, motivação (Ministério da Saúde, 2017).

Em relação à sua estrutura física e orgânica, a USF localiza-se num edifício constituído por uma área de atendimento ao público, a sala de espera com uma área reservada para a amamentação, sanitários, doze gabinetes (nove gabinetes médicos e três gabinetes de enfermagem), duas salas para tratamento e uma sala para consulta de planeamento familiar. No piso inferior, encontram-se os espaços utilizados exclusivamente pelos profissionais da USF. Este permite satisfazer as necessidades estruturais da equipa multidisciplinar da USF, constituída por oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos. Exercem ainda funções uma equipa de limpeza e uma equipa de vigilância. Segundo o documento de acolhimento da USF (2017), esta é constituída pela oferta de vários serviços prestados pelos profissionais, nomeadamente consulta de intersubstituição (atendimento feito pelo enfermeiro e/ou médico dos utentes em situação aguda), consulta programada de saúde do adulto, saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar, vigilância oncológica, consulta para vigilância da DM e HTA, consulta domiciliária e contatos indiretos que permitem consulta da documentação do cliente e gestão de cuidados. As ferramentas informáticas utilizadas pela equipa de enfermagem são o *SClínico*® (utilizadas para a documentação do processo de cuidados) e o *SIARS*® ou o *MIM@UF*® (utilizados pelos profissionais de saúde para a monitorização e avaliação de dados). Em suporte físico, são utilizados como fonte de informação e instrumento de trabalho os boletins de saúde, nomeadamente, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, o Boletim de Saúde da Grávida, o Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar e o Boletim Individual de Saúde.

FIGURA 1: Pirâmide etária das pessoas inscritas na USF



(Fonte: BI-CSP, 2022)

Em março de 2023, a USF integrava 14239 utentes, distribuídos por faixa etária e por sexo feminino e masculino como representado na figura 1 (Ministério da Saúde, 2017). Numa perspetiva global da população inscrita na USF, 52,6% pessoas era do sexo feminino e 47,4% do sexo masculino. Conforme se pode observar na figura 1, a faixa etária mais prevalente foi o grupo 50-59 anos de idade, seguida de 45-49 anos e 60-64 anos. O grupo etário superior ou igual a 65 anos de idade representa 24,4% das pessoas inscritas na USF, uma percentagem significativa comparativamente a nível nacional em 2022 (23,8%) (Ministério da Saúde, 2017; Pordata, 2023a). Da população idosa foi identificado um índice de dependência 38,19% (Ministério da Saúde, 2017).

## 1.2. Caracterização das famílias

A caracterização das famílias da lista da enfermeira tutora foi efetuada através de uma seleção de conveniência. De forma a identificar as necessidades das famílias e orientar para o tema do presente relatório, foram realizadas questões aos membros presentes na consulta. As questões elaboradas foram sobre a composição familiar, o tipo de família, o ciclo vital familiar, os subsistemas familiares, a posição social e identificar as famílias com elementos portadores de uma doença. De todas as famílias, 36,3% tinham, pelo menos, um membro idoso na sua constituição.

Considerando o tipo de famílias, verificou-se que a família nuclear apresenta 63,9% das 60 famílias, seguindo-se a família alargada (14,8%), a família unipessoal (9,8%), o casal (6,6%), a família monoparental (3,3%) e a família reconstruída (1,6%). Não foram identificadas famílias institucionais, comuna ou coabitação. Das famílias nucleares, destacam-se as famílias nucleares com filhos adultos (47,7%), seguida da formação do casal (15,8%) filhos pequenos (10,5%), filhos na escola (2,6%) e filhos adolescentes (23,9%). Nas famílias cujos membros foram inquiridos, a satisfação conjugal teve mais realce com 86,6%. O subsistema parental foi o segundo com maior realce com 63,3% e, de seguida, o sistema fraternal com 13,3%.

A origem do rendimento, a escolaridade dos elementos da família, tipo de habitação e o local de residência permitiu preencher a escala de *Graffar* adaptada (Anexo 1) que permite determinar a posição social em que a família se encontra, ou seja, classe alta (I), classe média alta (II), classe média (III), classe média baixa (IV) e classe baixa (V) (Figueiredo, 2012). Foi possível verificar que na amostra de 60 famílias destacou-se a classe social média (56,7%), seguida a classe social média alta (33,3%), a classe média baixa (3%) e a classe baixa (2%). Apenas uma família (1%) apresentou posição social de classe alta.

Em relação ao tipo de habitação (critérios descritos no Anexo 1), 50% das famílias apresentam uma habitação de tipo 3, de seguida 43,3% famílias com habitação de tipo 2. Apenas 2%

famílias apresentaram uma habitação de tipo 4 e 2% com habitação de tipo 5. Das 60 famílias nenhuma referiu ter condições de habitação que integrasse as características de uma habitação de tipo 1.

Por fim, foram identificadas várias doenças em elementos das famílias, nomeadamente, a HTA, DM, doença pulmonar obstrutiva crónica, neoplasia, hipotireoidismo e hipertireoidismo, artrose, apneia do sono, cólon irritável, depressão, obesidade, arritmia cardíaca, bronquite asmática, dislipidemia, acidente vascular cerebral, úlcera crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, epilepsia, esquizofrenia, rinite alérgica, demência, glaucoma e osteoporose. No entanto, as doenças que mais apresentaram relevo foram a HTA em 28,3% em, pelo menos, um elemento da família, a DM em 11,6% e a depressão em 15%. É de salientar que das 60 famílias, 16,6% das famílias tinham, pelo menos, um elemento com HTA e DM e que 8,3% das famílias tinham um elemento com HTA e depressão. Estes dados permitiram identificar que 56,5% das famílias tinham um elemento portador de HTA e/ou DM, ou seja, mais de metade das 60 famílias. Em consideração que 36,3% das famílias cujos elementos foram inquiridos tinham um membro idoso, verificou-se que 23,3% das 60 famílias tinham, pelo menos, um membro idoso com HTA e/ou DM tipo 1 ou 2.

### **3. ESTRUTURA CONCEITUAL**

O enquadramento teórico é fundamental para sustentar a relevância e estruturação da prática de ESF. No presente capítulo será abordado o conceito de família, a sua tipologia, a adaptação e ajustamento da família às transições acidentais, mais especificamente ao diagnóstico da HTA e DM num membro da família, e sobre as teorias que sustentaram a prática no decorrer do estágio.

#### **3.1. Família**

A família é constituída por um grupo de pessoas que se juntam pela necessidade de ter uma relação afetiva e apresentam relações complexas, dinâmicas e contextuais. Revela-se uma unidade de transformação com capacidade de auto-determinação e auto-organização ao longo do desenvolvimento, promovendo a construção da sua própria identidade (Figueiredo, 2012).

A família é uma unidade sistémica, pois apresenta interação entre os elementos que a constituem e com o ambiente externo. O sistema é o todo que é maior que a soma das suas partes, pois a características de todo é mais complexo do que as suas partes. No entanto, as características individuais não podem ser explicadas através do todo e, por isso, o sistema é representado pelo todo e as suas partes. A interdependência dos elementos da família implica a alteração em todos os elementos quando existe mudança num dos elementos do sistema. Estas características da família correspondem a uma perspetiva sistémica, holística e globalizante (Figueiredo, 2012; Fiorini & Guisso, 2016).

A estrutura das famílias sofreram alterações significativas desde os anos 50 e 60 do século XX, pois começaram a surgir direitos iguais entre homens e mulheres, podendo as mulheres também trabalhar (Aquino et al., 2017). Ao longo dos anos foram desenvolvidas novas configurações familiares que emergiram de alterações sociais, como a legalização do divórcio, a diversidade sexual, de gênero e de paternidade, a gravidez na adolescência, a fertilização assistida e entre outros. Estas situações promoveram o surgimento de outros tipos de família, como as famílias reconstituídas (famílias com filhos de relacionamentos anteriores) e as famílias monoparentais (a presença de uma figura parental e de uma ou mais crianças) (Aquino et al., 2017; Irueste et al., 2020). A união do homem e da mulher ou de duas pessoas com o mesmo gênero formam um casal enquanto tipo de família e, atualmente, é cada vez mais comum a escolha de não ter filhos e permanecer como casal (Aquino et al., 2017). Relativamente a outros tipos de família destaca-se a família alargada (caracterizada pela

presença de pessoas com vínculo que não seja parentesco, de casal, família nuclear, três gerações e/ou outros parentes), coabitação (pessoas sem relação conjugal que vivem na mesma casa), institucional (grupo de pessoas que vivem na mesma instituição, como lar de idosos, orfanatos, entre outros), comuna (homens, mulheres e crianças sem vínculo parentesco) e nuclear (elementos de casal com filhos adotados ou biológicos) (Figueiredo, 2012). Da família nuclear surge o ciclo vital familiar que, segundo Relvas (1996), se apresenta por cinco etapas, nomeadamente: formação do casal, filhos pequenos, filhos na escola, filhos adolescentes e filhos adultos.

O sistema familiar pode ser constituído por subsistemas que estão em constante interação e permitem uma organização hierárquica, nomeadamente o subsistema individual, conjugal, fraternal e parental. O subsistema individual é caracterizado pelo membro, o conjugal pelos elementos de casal, fraternal quando existem irmãos e parental é quando existem pais e filhos (Irueste et al., 2020; Minuchin, 1982, como citado em Fiorini & Guisso, 2016).

As funções da família têm como perspetiva a sua sobrevivência enquanto sistema social e a sua contribuição para a sociedade através da automatização e desenvolvimento dos seus membros (Minuchin, 1974, como citado em Irueste et al., 2020; Figueiredo, 2012). A família pode ter a função económica, reprodutiva, nutricional, de garantir a segurança e proteção, afetiva, de apoio, de transmissão de valores éticos, crenças, cívicos e culturais, e de ser um sistema de saúde para os seus membros. O sistema familiar é o espaço onde os indivíduos aprendem a ter comportamentos para promoção de saúde ou para a prestação de cuidados de saúde em situação de doença (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar é um estado dinâmico, complexo e subjetivo que incorpora a saúde de cada um dos elementos, considerando que a saúde de um dos elementos afeta o equilíbrio dinâmico do sistema e, por conseguinte, terá impacto na saúde dos restantes elementos. A saúde familiar é influenciada pela capacidade de adequar estratégias para a adaptação às transições familiares (Figueiredo, 2012). As transições familiares são constituídas por etapas que emergem ao longo do processo co-evolutivo da família. Estas podem ser normativas ou acidentais. As transições normativas são fases que são esperadas ao longo do ciclo vital, desde a formação do casal até à saída dos filhos de casa. As transições acidentais são caracterizadas por fases que decorrem da alteração do bem-estar dos membros da família decorrentes de acontecimentos imprevisíveis, como uma doença aguda, crónica ou terminal que geram *stress* (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2010).

### 3.2. Família e transição acidental

Um acontecimento imprevisível num dos membros da família, como a doença, faz emergir a necessidade de mudanças na dinâmica familiar para alcançar uma organização do sistema e promover o bem-estar. A DCNT, uma transição acidental na família, pode traduzir-se numa crise familiar, constituindo-se num gerador de *stress* devido ao sentimento de obrigação para a mudança que pode originar maior risco quando está relacionado com a alteração dos padrões familiares, crenças, valores, convicções, entre outros. Além disso, as vivências negativas face às mudanças podem comprometer a motivação para adotar comportamentos promotores de saúde e, quando existe comunicação não eficaz entre os elementos da família, pode originar sentimentos de solidão (Silva, Crepaldi & Bousfield, 2021). O sistema familiar e a sua organização foram fatores identificados como essenciais para a promoção do autocuidado face às DCNT's (Ferreira, et al., 2020; Lee & Park, 2017).

A capacidade e competência da família para gerir a adversidade vivenciada que leva à crise é explicada pelo Modelo de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em Peixoto & Martins, 2012). Este visa explicar o processo de ajustamento e adaptação à adversidade que a família vivencia. A família, face a um evento stressor, pode ter um processo de ajustamento capaz ou surge uma situação de crise, dependendo da forma como os elementos da família reagem aos fatores de *stress* e como usam os fatores protetores (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em Peixoto & Martins, 2012). No processo de adaptação familiar à crise, os elementos da família desenvolvem estratégias para mobilizar os recursos existentes de modo a prosseguir os seus objetivos, promovendo a mudança e a oportunidade da evolução para um novo nível de funcionamento do sistema familiar (Figueiredo, 2012). A capacidade de adaptação depende da etiologia, da duração, da evolução e do grau de incerteza sobre a evolução da doença em consonância com o papel que desempenha a pessoa com a doença, a etapa do ciclo vital, a posição social e se a família está a vivenciar mais que uma transição. Estes fatores que contribuem para a adaptação familiar promovem a mudança nas interações familiares, nas funções, nos papéis que cada elemento desempenha e a nível emocional e cognitivo (Figueiredo, 2012). Existe a necessidade da criação de significados que permitam tornar a nova situação em algo compreensível, a readaptação de regras e o uso de recursos da família (Rato, 2019; Silva, Crepaldi & Bousfield, 2021).

As estratégias de *coping* permitem mobilizar os esforços cognitivos, afetivos e comportamentais, mantendo a estabilidade emocional e bem-estar da família através de um processo auto-organizativo (Figueiredo, 2012). O *coping* familiar eficaz é facilitador do

processo de ajustamento e de adaptação à adversidade vivenciada no sistema familiar e, conseqüentemente, permite a resiliência familiar (Mingote et al., 2020).

O *coping* familiar tem como o foco o problema e as emoções, ou seja, tem como base estratégias para lidar com o problema que causa a tensão no sistema familiar, bem como estratégias para gerir emoções de forma a existirem respostas emocionais ao evento de crise ajustadas ao sistema. As estratégias de *coping* têm ainda como base duas dimensões, nomeadamente internas e externas (Mingote et al., 2020). As internas consistem em mobilizar os recursos do próprio sistema, considerando a necessidade de redefinir experiências que promovem *stress* em algo racional e aceitável, deixar passar o tempo de modo a descobrir soluções mais apropriadas, compreender que a fase de instabilidade irá permitir um novo nível de funcionamento do sistema diferenciado e mais complexo, e a aceitação da perda que originam da mudança (Figueiredo, 2012; Mingote et al., 2020). Por outras palavras, os elementos da família não são responsáveis pela crise e sim pela representação que fazem dela (Ausloss, 2007, como citado em Figueiredo, 2012). As estratégias externas consistem na aquisição de recursos externos ao sistema, ou seja, a nível social (vizinhos, família externa, serviços de saúde, serviços comunitários, entre outros) e tomar a iniciativa de procurar ajuda e aceitá-la (Mingote et al., 2020).

Desta forma, o apoio mútuo entre os elementos da família surge no momento em que estes compreendem a doença crónica, a vulnerabilidade a que estão sujeitos e conhecem os apoios a que têm direito (Irani, 2019). A organização do sistema familiar pode melhorar a adesão ao tratamento, a adoção de comportamentos promotores de saúde e a diminuição da resposta a nível cardiovascular em momentos de *stress*, prevenindo complicações associadas às DCNT's (Presilia, Haryanto & Astuti, 2020).

A DCNT é caracterizada por ser uma doença que não tem cura e apresenta etiologia genética, fisiológica, ambiental e/ou comportamental (World Health Organization [WHO], 2022). As doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a DM são consideradas os principais tipos de DCNT's (Junior, et al., 2023; WHO, 2022).

Em Portugal, existe 38,3% da população com idade entre 25 e 75 anos de idade portadora de duas ou mais doenças crónicas que representam 78% das consultas nos cuidados de saúde primários (Romana et al., 2019). As pessoas de todas as faixas etárias e países, incluindo Portugal, podem ser afetadas pelas DCNT's, embora estas estejam maioritariamente associadas a faixas etárias mais avançadas e a níveis educacionais mais baixos (Júnior, et al, 2023; Romana et al., 2019; WHO, 2022).

A idade e a escolaridade são considerados fatores de risco para surgimento de complicações e desenvolvimento de DCNT's, especificamente a HTA e DM (Freitas et al., 2020). A população com mais de 65 anos de idade, um grupo etário com um rácio de 182,1% de índice de

envelhecimento em 2022, demonstrou um interesse crescente em aumentar o seu nível académico. Esse aumento no interesse pela educação é evidenciado por uma mudança notável nos números. Em 2017, 22,5% das pessoas desse grupo etário nunca tinham participado em educação formal. Em contraste, em 2022, esse número diminuiu para 11,7%, o que significa que menos pessoas idosas estavam na categoria de nunca ter frequentado o ensino. Isso indica uma mudança positiva em direção à procura de educação ou formação académica entre as pessoas com mais de 65 anos (Pordata, 2023b).

Os fatores associados à HTA e à DM podem ser não modificáveis e modificáveis (Freitas, et al., 2020). Os não modificáveis são aqueles que não são possíveis de mudar, nomeadamente a idade, o sexo, a etnia e fatores hereditários (Marques, et al., 2020; Pereira, et al., 2017; Freitas et al., 2020). Por outro lado, os fatores modificáveis consistem nas condições mutáveis, nomeadamente as baixas condições da habitação, local da residência, baixo nível de escolaridade, saneamento, baixo salário, emprego, dados antropométricos (Índice de Massa Corporal [IMC] e circunferência da cintura), a qualidade de ambiente e o estilo de vida (consumo de álcool e/ou tabaco, alimentação inadequada e sedentarismo) (Marques, et al., 2020; Pereira, et al., 2017; Pinto & Martins, 2017; Freitas et al., 2020). As limitações impostas pela doença referentes às alterações do estilo de vida reduzem a liberdade da pessoa, tendo um impacto emocional, como raiva, medo e ansiedade. Este impacto exerce influência sobre o surgimento de complicações das doenças (Byrne et al., 2021; Souza et al., 2018).

Segundo Souza et al. (2018), as mudanças do estilo de vida e a melhor perceção sobre a saúde diminuem de forma considerável o risco e complicações de doenças cardiovasculares e metabólicas. Neste sentido, a pessoa deve realizar a autogestão da doença crónica, ou seja, desenvolver a capacidade de ser ativo, responsável, informado e autónomo para viver com as consequências clínicas e emocionais da HTA e/ou da DM, em parceria com sua rede social e os profissionais de saúde (Velde et al., 2019). Segundo Lorig e Holman (2003), a autogestão baseia-se em três conjuntos de tarefas, nomeadamente gerir a condição clínica (por exemplo, a preparação e a administração de medicação, a gestão da dieta, entre outros), mudar ou manter comportamentos e lidar com as emoções com impacto pouco favorável que a doença crónica pode desencadear.

A autogestão da doença crónica é um processo preventivo essencial para as complicações associadas e que permite manter ou atingir a qualidade de vida. Para que exista o incentivo para a autogestão, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel crucial, adequando como estratégias os cuidados direcionados para a promoção da consciencialização da presença da doença, o significado da doença, a autonomia e a qualidade de vida. Estas estratégias permitem o aumento da capacidade da pessoa idosa adquirir o bem-estar na presença da doença crónica (Byrne et al., 2021; Dantas, Figueiredo & Guedes, 2022).

A HTA e a DM são DCNT's com impacto na vida das pessoas devido às exigências que impõem à pessoa diagnosticada, aos seus familiares e aos profissionais de saúde. Desta forma é considerado essencial descrever a definição de cada uma delas para compreender o impacto que têm na saúde.

A HTA, doença crónica que pertence ao grupo das doenças cardiovasculares, é caracterizada pela pressão arterial sistólica e diastólica superior a 140 e 90 mmHg respetivamente (Norma nº 020/2011 da Direção Geral da Saúde, 2013). Esta doença apresenta uma prevalência de 36,0% na população portuguesa com idade entre 25 e 75 anos, mais frequente no sexo masculino (39,6%) e no grupo etário dos 65 e 75 anos (71,3%) (INSEF, 2015). Entre 2017 e 2019 verificou-se uma maior autogestão da doença devido ao maior acesso às unidades de saúde a nível nacional (Roxo & Santiago, 2022). No entanto, em contexto de pandemia COVID 19, foi verificado um agravamento no perfil tensional, contribuindo para o aumento da severidade da doença e da mortalidade (Cabral, 2022; Roxo & Santiago, 2022). Desta forma, é possível compreender que o acompanhamento do enfermeiro de saúde familiar para incentivar e ensinar sobre a autogestão é importante na prevenção das complicações associadas à doença, como o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a doença renal (Montes et al., 2019).

A severidade da doença pode estar associada a vários fatores, como mencionado anteriormente, fatores comuns à HTA e a DM. No entanto, o consumo de sódio e de potássio também tem uma importante relação com a HTA. O consumo excessivo de sódio pode não ser suficiente para desenvolver a doença, no entanto, existe maior sensibilidade a este componente em pessoas com pressão arterial elevada, pessoas idosas e quando existe historial de pessoas com HTA na família (Pinto & Martins, 2017). Ainda como fator de risco, segundo a conclusão do estudo de Pinto e Martins (2017), a DM é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da HTA e para o surgimento de complicações da mesma.

Em relação à DM, é uma doença crónica presente em 1,1 milhões de pessoas em Portugal registada em 2021 (14,1% da população), com aumento percentual a nível nacional de 1,2% desde 2015 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). No período de 2011 até 2020 verificou-se que existiu diminuição de 34% de pessoas que morreram devido à DM, no entanto, projeta-se para 2030 que exista uma taxa de mortalidade de 25,6 óbitos por 100.000 habitantes em Portugal, continuando a ser uma prioridade no país (Plano Nacional de Saúde, 2021; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

A DM é caracterizada pela variação dos valores de glicose no sangue devido à ausência ou diminuição da produção de insulina no pâncreas, promovendo alterações a nível da metabolização dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas (Coelho, Seabra & Rodrigues, 2021; DGS, 2013). Esta, a longo prazo, traduz-se em diversas complicações a nível microvascular (retinopatia, doença arterial periférica, úlcera diabética e nefropatia) e

macrovascular (doenças cardiovasculares) (Carvalho, 2020; DGS, 2022; International Diabetes Federation, 2019).

A DM pode promover o desenvolvimento de úlceras no pé proveniente da interação de riscos ambientais e de condições específicas dos membros inferiores, como a neuropatia periférica sensorio-motora distal, a doença arterial periférica, a neuropatia autônoma, a presença de deformidades, a repetição de pequenos traumas e história de úlcera ou amputação (Boulton et al., 2018). A avaliação do risco de úlcera no pé da pessoa com DM permite identificar os riscos e prevenir abordagens de tratamento mais agressivas, como a amputação que, geralmente, resulta da combinação de infecção, da presença de uma úlcera e de doença arterial periférica. Esta avaliação é recomendada a ser realizada, conforme descrito nas *Guidelines* (Schaper et al., 2023) e na norma da DGS (Norma nº 005/2011 da Direção Geral da Saúde, 2011), a todas as pessoas com DM com a finalidade de identificar fatores de risco.

Segundo Schaper et al. (2023), na avaliação do pé da pessoa com DM deve existir, especificamente, o rastreio da perda da sensibilidade causada pela neuropatia periférica diabética e de sinais ou sintomas de Doença Arterial Periférica (DAP). A primeira é avaliada com recurso a um monofilamento e por um diapasão para verificar a sensibilidade por vibração. Na ausência deste material poderá ser usado o recurso do toque leve nos dedos dos pés do cliente com o dedo indicador durante um a dois segundos. A DAP é identificada através da avaliação do pulso tibial posterior e pedioso, podendo ser usado um doppler, e a avaliação da pressão arterial para o cálculo de índice de pressão tornozelo-braquial. Existem outros fatores de risco, nomeadamente: isolamento social, défice no acesso aos cuidados de saúde e carência económica, ausência do conhecimento sobre os cuidados adequados, limitações físicas ou cognitivas que comprometam o autocuidado, presença de edema, coloração e temperatura da pele, presença de hemorragia ou fissuras, sensação de dor nos pés em repouso ou a caminhar, claudicação, calçado inadequado, higiene, corte das unhas inadequado, infecção fúngica, deformidades (dedos em garra e proeminências ósseas anormalmente grandes) e mobilidade articular limitada. A avaliação dos fatores de risco permite o cálculo do risco de desenvolver complicações no pé em quatro categorias: muito baixo risco (ausência de perda de sensibilidade e DAP), baixo risco (presença de perda de sensibilidade ou DAP), moderado (presença de perda de sensibilidade e DAP ou presença de perda de sensibilidade e deformidades ou DAP e deformidades), alto risco (presença de perda de sensibilidade, DAP e uma ou mais dos seguintes fatores: história de úlcera, história de amputação minor ou major ou doença renal em estágio final). O período de avaliação do risco depende da categoria classificada para a pessoa, ou seja, se o risco for baixo ou muito baixo deverá ser de seis a doze meses, se for moderado deve ser três a seis meses e se for alto risco deverá ser entre um a três meses (Schaper et al., 2023).

No sentido de dar resposta à prevenção da úlcera no pé da pessoa com DM, é importante considerar os cinco elementos-chaves essenciais: identificar a pessoa com o pé em risco, examinar regularmente os pés da pessoa com risco de desenvolver úlcera, promover educação para a saúde ao cliente (família e os seus membros), incentivar o uso de sapatos adequados e eliminar ou reduzir os fatores de risco (Schaper et al., 2023).

Segundo a WHO (2023) a DM pode ser do tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional. Pode também existir a diminuição da tolerância da glicose e diminuição da glicemia em jejum (WHO, 2023a).

A DM tipo 1 é caracterizada por uma doença autoimune, pois o sistema imunitário reage contra a células produtoras de insulina no pâncreas, resultando na produção muito reduzida ou nula de insulina. Assim, as pessoas com DM tipo 1 necessitam da administração de insulina diária para manter os valores de glicose estáveis e evitar complicações ou a morte (International Diabetes Federation, 2019).

A DM tipo 2, a mais comum nos adultos, é caracterizada pela incapacidade das células responderem à insulina e existir a diminuição de secreção de insulina pelo pâncreas, originando a hiperglicemia (International Diabetes Federation, 2019; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). Este tipo de DM pode ser assintomática e apenas ser detetado quando surgem sintomas oriundos de complicações ou através de um estudo analítico. Ao contrário da DM tipo 1, a pessoa não é insulino-tratada mas poderá necessitar de insulina exógena para solução rápida a episódios de hiperglicemia se não for possível através da medicação antidiabéticos orais (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

A diabetes gestacional é caracterizada por qualquer alteração do metabolismo da glicose no período da gravidez e poderá ser utilizada insulina exógena para o tratamento. Esta doença poderá promover complicações no recém-nascido (macrossomia, icterícia e hipoglicemia) e a mulher poderá ter maior risco de desenvolver DM tipo 2 no futuro (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

Por último, a diminuição da tolerância à glicose e diminuição da glicemia em jejum são condições intermédias entre não ter a doença e o diagnóstico da DM tipo 2, ou seja, as pessoas com estas condições têm alto risco de desenvolver a DM tipo 2 (WHO, 2023a).

Tendo em consideração as características da DM conforme a sua tipologia, é essencial a vigilância e a implementação de estratégias para manter a glicemia nos valores adequados à condição da pessoa, o controle da pressão arterial e vigilância do valores de lípidos, pois, concomitantemente, contribuem para o desenvolvimento de complicações na saúde (International Diabetes Federation, 2019).

As doenças crónicas podem exigir à pessoa que mude de comportamentos, de hábitos de vida, crie novos significados e consiga gerir novos sentimentos que emergem destas mudanças, podendo ser uma fase de transição de saúde/doença que gera *stress*. Na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a transição é entendida pelo conjunto de respostas moldadas pela experiência individual, condição humana e ambiental, expectativas, significados, conhecimento e pelo impacto que a mudança tem no bem-estar (Meleis, 2010). Segundo Meleis (2010), a transição é considerada um processo organizado com uma sequência, envolvendo a ruptura na vida tal e qual como era conhecida, ou seja, o corte de relações, perda de pontos de referência e incongruência de expectativas que existiam. A perceção do evento de transição, podendo ser de saúde/doença, desenvolvimental, organizacional ou situacional, influencia as respostas e reações ao acontecimento. O processo de transição é influenciado por fatores que podem ser facilitadores ou dificultadores de uma transição saudável, nomeadamente: significados pessoais, crenças culturais e atitudes, estatuto sócio-económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e condições sociais (Meleis, 2010).

A transição pode ser saudável ou não saudável. Na transição não saudável existe a dificuldade do indivíduo em compreender como desempenha um papel, gerir os sentimentos ou definir e atingir os objetivos. A transição saudável é caracterizada pela identificação dos indicadores de processo ou de resultado. A transição pode acontecer ao longo do tempo e, por isso, a identificação de indicadores ou padrões de processo permitem o enfermeiro avaliar e intervir precocemente com a finalidade da pessoa ter resultados saudáveis. Estes incluem a pessoa sentir-se integrada, interagir, sentir-se situada, desenvolver a confiança e lidar com a situação. A determinação de uma transição completa deve ser flexível conforme o tipo de mudança, acontecimento e os padrões de transição. O domínio das competências necessárias para lidar com a transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida e integradora são dois indicadores de resultado de uma transição saudável (Meleis, 2010).

### **3.3. Enfermagem de saúde familiar**

Na carreira de enfermagem, a saúde familiar foi identificada como essencial desde 1991 em Portugal, destacando a importância de envolver as famílias no processo de cuidados e a responsabilidade do profissional de enfermagem pela prestação de cuidados à família enquanto unidade. Com a reforma em 2005 e a reestruturação dos centros de saúde em unidades funcionais, em destaque a USF, o enfermeiro de família foi considerado um elemento da equipa multidisciplinar essencial para aprofundar o modelo de trabalho no âmbito da saúde familiar (Silva, 2016). Os cuidados de saúde às famílias têm sido considerados cada vez

mais importantes para a promoção da saúde familiar, reconhecendo a importância da regulamentação de competências específicas do enfermeiro especialista em ECESF (Frade et al., 2021). Atualmente, o enfermeiro especialista em ECESF detém competências especializadas, como enunciadas no regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ECESF (Regulamento nº 428/2018, 2018).

O enfermeiro de saúde familiar, centrado na família como sistema e cliente, desenvolve uma relação terapêutica, dinâmica, recursiva e de reciprocidade na prestação de cuidados, promovendo a capacitação dos elementos da família na elaboração de estratégias para a mobilização das forças e dos recursos internos e externos, incentivando a mudança promotora de novas formas de interação que fortalecem a saúde da família e a sua autonomia (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2005). As soluções aos problemas são co-construídas junto dos elementos da família, com base na investigação e prática fundamentada na evidência científica (Figueiredo, 2012; Tomada de Posição nº 01/2023 da Ordem dos Enfermeiros, 2023; Wright & Leahey, 2005).

A consulta de enfermagem, permite a avaliação e intervenção à família com objetivo de identificar as forças e os recursos disponíveis de forma a facilitar a co-construção de soluções para as necessidades identificadas, promovendo a mudança e, por conseguinte, atingir o bem-estar do todo e das suas partes (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2020). A necessidade refere-se à carência de cuidados de saúde identificados numa família, abrangendo áreas como prevenção de doenças, promoção da saúde, gestão de condições crônicas e apoio emocional. No decorrer do estágio foram avaliadas as necessidades, através da formulação do diagnóstico de enfermagem, considerando os membros individuais e as dinâmicas familiares, para fornecer cuidados personalizados e eficazes. As forças referem-se aos recursos internos da família que podem ser mobilizados para promover sua saúde e bem-estar, incluindo resiliência, capacidade de enfrentar desafios e apoio mútuo. O enfermeiro de saúde familiar colabora com a família para identificar e fortalecer essas forças, ajudando-a a enfrentar situações de saúde de maneira eficaz. Os recursos englobam os meios disponíveis para responder às necessidades da saúde da família, como serviços de saúde, profissionais de saúde, programas de apoio à comunidade e instalações de saúde. Os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel vital ao conectar a família a esses recursos e coordenar os cuidados de saúde (Figueiredo, 2009). No decorrer do estágio, as forças e os recursos foram identificados nas áreas de atenção cujo juízo é co-identificado como benéfico para o bem-estar familiar.

A consulta de enfermagem à família rege-se pelos princípios de hipotetização, circularidade e neutralidade (Figueiredo, 2012). Segundo Relvas (1996), a hipotetização é considerada o primeiro de todos os princípios, pois permite a caracterização dos dados recolhidos e cria uma hipótese que serve como um ponto de partida para uma investigação, podendo ser

reformulada posteriormente. A circularidade é alcançada nas questões circulares aplicadas, isto é, onde cada membro é convidado a dizer o que sente ou o que vê na sua perspectiva em relação a algum tema, na presença do outro elemento da família. As retroações imediatas surgem durante a entrevista e o enfermeiro, com base nas respostas, deve orientar a sua consulta, consagrando-se a circularidade (Relvas, 1996). Segundo Baptista e Teodoro (2012, p. 183) a circularidade “denota a busca de compreensão do enlaçamento dos diversos aspetos de funcionamento da família que revelam a multiplicidade de olhares e vivências”. No decorrer da entrevista é essencial que o enfermeiro não emita nenhum juízo de valor ou opinião pessoal sobre a família ou comportamentos dos seus elementos, respeitando outro princípio da entrevista familiar sistémica, a neutralidade. Esta também pressupõe que o enfermeiro não crie aliança com nenhum dos membros da família, não demonstrando uma predileção por um dos elementos, mas uma ligação com todos por igual, gerando melhor *rapport* à família (Relvas, 1996).

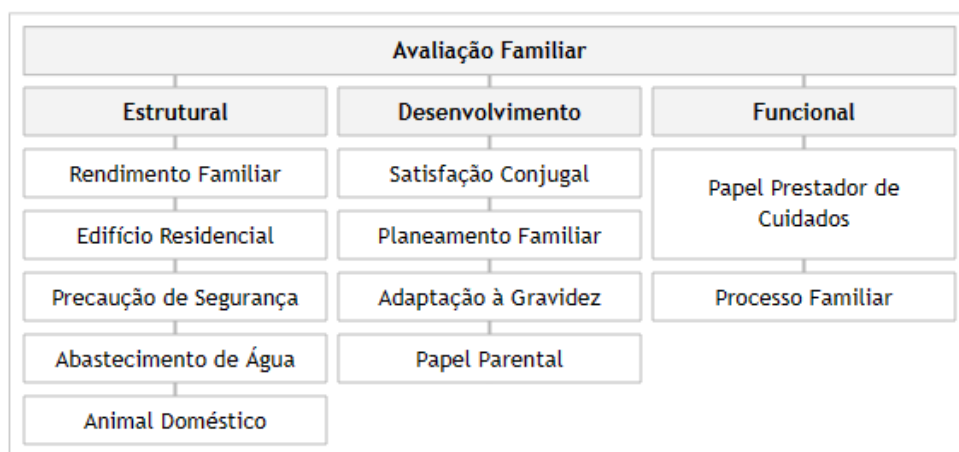
As teorias de enfermagem permitem sustentar a prática com base nos pressupostos científicos e filosóficos (Tomada de Posição nº 01/2023 da Ordem dos Enfermeiros, 2023). O MDAIF é um referencial teórico e modelo operativo que orienta a prática de enfermagem de saúde familiar centrado na família como cliente em todas as fases do processo de enfermagem. Este modelo descreve conceitos centrais (Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família) e as relações entre eles, além de conter os pressupostos, princípios e postulados para a prática da enfermagem de saúde familiar (Oliveira et al., 2018). Este tem como referencial epistemológico o Pensamento Sistémico e utiliza o Modelo de Calgary de avaliação ação Familiar (MCAF) e Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) como fontes teóricas (Figueiredo, 2012; International Family Nursing Association, s.d.).

O Pensamento Sistémico tem como base concetual a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana. A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy, aborda princípios que se aplicam a sistemas em diversos domínios, sejam a nível físico, biológico ou sociológico, e enfatiza a interconexão e a interdependência entre as partes de um sistema. O pensamento sistémico adota muitos desses princípios, promovendo uma visão holística de sistemas e a compreensão das interações entre seus componentes. Os conceitos base da teoria são: globalidade, não-aditividade, homeostase, morfogênese, circularidade e equifinalidade. A Teoria da Cibernética, desenvolvida por Norbert Wiener, apresenta um ciclo de retroação que tem como base a circularidade circular, característico do sistema familiar. Isto significa que uma parte do resultado no sistema volta a entrar no mesmo (*output* e *input*) através de uma circularidade recursiva ou retroativa que emerge de um sistema com capacidade auto-regulação, ou seja, a capacidade de adaptar-se aos fenómenos imprevisíveis e irreversíveis. Por último, a Teoria da Comunicação Humana, desenvolvida por Paul Watzlawick

e Gregory Bateson, explora a importância do impacto do padrão da comunicação nas relações interpessoais e, por conseguinte, no funcionamento do sistema. Esta teoria engloba a três dimensões, nomeadamente, a sintaxe (transmissão da informação), semântica (transmissão de significados) e pragmática (aspectos comportamentais da comunicação), e como conceitos apresenta a metacomunicação (comunicar sobre a comunicação) e a utilização de mensagens congruentes e não congruentes. Na Teoria da Comunicação Humana foram classificados cinco axiomas da comunicação humana, nomeadamente, a impossibilidade de não comunicar, toda comunicação tem um nível de conteúdo (informação) e de relação (comportamento), os seres humanos utilizam linguagem analógica (comunicação não verbal) e digital (comunicação verbal, podendo surgir códigos semânticos e de sintaxe), a pontuação da sequência do evento (apresenta uma causa e o efeito no outro, conforme a forma como os intervenientes analisam e opinam a comunicação) e as diferentes níveis interação que são simétricas (surge a procura da igualdade do comportamento um do outro) ou complementares (emerge da maximização da diferença entre os intervenientes) (Figueiredo, 2012; Gomes et al., 2014).

O MCAF e o MCIF, desenvolvidos por Wright e Leahey (2005), apresentam uma estrutura organizada, integrada e multidimensional, baseada na teoria dos sistemas, cibernética, comunicação e na mudança e é influenciado pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição. A sua estrutura permite a avaliação das famílias na dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional, permitindo intervir com objetivo de ajudar as famílias a co-construírem soluções para resolver os problemas através da mudança (Wright & Leahey, 2005).

FIGURA 2: Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação



(Fonte: Figueiredo, 2012, P. 104)

Com base no Pensamento Sistémico, no MCAF e no MCIF, foi desenvolvido por Figueiredo, uma estrutura de matriz operativa apresentada no MDAIF, dinâmica e sistematizada, que permite orientar a avaliação familiar na identificação das necessidades, forças e recursos e na implementação de intervenções centrada na família com objetivo de automatizar no seu projeto de saúde (Oliveira et al., 2018). A matriz tem, na sua constituição, várias áreas de atenção que se organizam numa estrutura organizada de três dimensões, nomeadamente a estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figura 2). A avaliação das áreas de atenção conforme a particularidade da família e os dados avaliativos que permitem identificar itens característicos, conduzem a um conhecimento detalhado sobre a família (Figueiredo, 2012).

## 4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

No estágio profissional foram desenvolvidas diversas atividades com a finalidade de desenvolver as duas competências específicas em ECESF. Inicialmente são descritos recursos que foram necessários para melhor compreender o processo de prestação de cuidados às famílias que é detalhado posteriormente. O resultado proveniente da avaliação e intervenção das famílias é descrito no final. No último subcapítulo, são apresentadas as atividades desenvolvidas para aprimorar a competência relacionada com os processos de intervenção no âmbito da ESF.

### 4.1. Prestação cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados

A fim de proporcionar uma compreensão mais abrangente dessas atividades, primeiramente, são apresentados e detalhados os instrumentos de avaliação, as técnicas de intervenção ativa e as questões de intervenção sistêmica e a entrevista motivacional, que são aplicados durante as consultas. De seguida, é abordado sobre a documentação no âmbito da avaliação e intervenção das famílias e dos seus membros.

A fase da colheita de dados para a avaliação das necessidades, forças e recursos da família foi realizada com recurso a vários instrumentos de avaliação na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, nomeadamente, o genograma, o ecomapa, a escala adaptada de *Graffar*, o APGAR Familiar, a escala de readaptação social de *Holmes e Rahe* e a escala de *zarit*. A escala *FACES II* encontra-se integrada na matriz operacional do *MDAIF*, como instrumento de avaliação do processo familiar da dimensão funcional (Figueiredo, 2012). Todavia, os itens de avaliação não refletem a dinâmica de famílias que não tem filhos na sua constituição, podendo comprometer a viabilidade dos resultados. Nesta perspetiva, não foi aplicada aos membros das famílias.

O genograma é um instrumento de avaliação utilizada em todas as famílias que permitem a construção de uma perspetiva da estrutura da família de, pelo menos, três gerações, das relações inter-pessoais, do tipo de família, dos problemas de saúde e dos comportamentos ou acontecimentos de vida significativos (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2020). O ecomapa permite identificar as relações dos elementos do microsistema com os sistemas mais amplos, ou seja, as redes sociais. As suas relações são avaliadas com base em três dimensões, nomeadamente a força, o impacto e a qualidade da ligação, podendo definir o vínculo com

cada sistema como vínculo forte, intermédio, fraco ou gerador de *stress* (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2020).

Após conhecer as estrutura familiar e a inter-relação no sistema e com os sistemas mais amplos, foi utilizada a escala adaptada de *Graffar* (Anexo 1) para avaliar as condições socioeconómicas da família, identificando o grau a que se caracteriza sobre os seguintes itens: profissão, instrução, origem de rendimento familiar, tipo de habitação e as condições do local de residência. Inicialmente é co-identificado o elemento da família com maior nível de instrução e/ou profissão, para reconhecer o grau em que a família se encontra para os vários itens. A escala apresenta cinco graus que corresponde a uma pontuação de um a cinco, respetivamente. A soma da pontuação dos itens avaliados permite identificar a posição social da família (classe alta, classe média alta, classe média, classe média baixa e classe baixa). Este instrumento não permite formular um diagnóstico, contudo permite recolher dados de forma a direcionar a avaliação para áreas de atenção da dimensão estrutural e identificar forças, recursos e/ou necessidades da família (Figueiredo, 2012; Teixeira et al., 2021).

O APGAR Familiar permite identificar situações de risco na avaliação da perceção dos elementos da família sobre a sua funcionalidade enquanto sistema a nível da adaptação (*adaptation*), companheirismo (*partnership*), crescimento (*growth*), afecto (*affection*) e capacidade resolutiva (*resolve*) (Anexo 2) (Figueiredo, 2012; Pereira et al., 2020).

Os acontecimentos significativos podem ter implicações na funcionalidade familiar e a medição desses eventos vitais são realizados através da escala de readaptação social de *Holmes e Rahe* (Anexo 2). Esta permite relacionar as situações que a família vivenciou no último ano com o surgimento de doenças no sistema, sendo que um resultado com *score* superior a trezentos significa que existe oitenta por cento de probabilidade de um ou vários elementos da família desenvolverem uma doença mental ou física (Figueiredo, 2012).

Nas famílias com membro idoso dependente foi utilizada a escala de *Zarit* validada para língua portuguesa por Serqueira (2010) (Anexo 3) que avalia a sobrecarga do cuidador, ou seja, identifica os fatores dificultadores para o(s) cuidador(es) em lidar com as diversas exigências dependência física e/ou debilidade mental da pessoa que é alvo de cuidados e de atenção contínua de forma a promover respostas adequadas às suas necessidades. Este instrumento é constituído por 22 itens que podem ser classificadas qualitativamente por “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”, numa escala de *likert*, pontuada de um a cinco respetivamente. Quanto maior for a pontuação total da soma dos itens de resposta maior será a percepção da sobrecarga do cuidador (Serqueira, 2010; Varela et al., 2017). A escala de *Zarit* está disponível no programa “Saúde da Família” do *Sclinico*.

A colheita de dados e a avaliação com recurso a estes instrumentos permitiram identificar as necessidades da família e, de forma a promover a capacitação dos membros da família co-construírem soluções para os problemas co-identificados, são usadas estratégias de forma a incentivar a família a envolver-se no seu projeto de saúde. As técnicas de intervenção ativas e as questões sistémicas permitem uma abordagem estratégica que é definida para cada necessidade da família e que têm como objetivo promover a mudança específica no funcionamento familiar (Figueiredo, 2012). O reenquadramento, a conotação positiva, rituais familiares e a metáfora foram as técnicas de intervenção ativas utilizadas.

O reenquadramento é uma técnica de intervenção ativa que tem como finalidade reclassificar a forma como os elementos da família descrevem e reagem a um comportamento ou problema, promovendo a suscetibilidade à mudança (Nichols & Schwartz, 2007).

A conotação positiva tem como objetivo orientar e motivar os elementos da família a dar um significado diferente a uma experiência perspetivada como negativa (sintoma), fortalecendo a coesão familiar (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016). Esta permite esclarecer aspetos da história e cultura dominante, que antes eram negligenciados, e orientar para a construção de uma identidade mais positiva. Esta técnica deve ser aplicada essencialmente através de questões de forma a que o profissional não apresente uma posição detentor de toda a sabedoria, deve ser usada na primeira pessoa, ser expandida de igual forma a todos os elementos da família, evitar a confrontação e a crítica e deve ser aplicada em contexto de confiança (Umbelino, 2003).

Os rituais familiares são uma técnica usada para promover a mudança na família através de atividades significativas para os seus membros, tendo em consideração a cultura, os valores e as crenças que são transmitidas (Fiamenghi, 2002; Zordan, Dellatorre & Wieczorek, 2012). Os rituais podem estar relacionados com celebrações (aniversários, nascimentos, promoções, entre outros), de libertação (perdão, reconciliação, de lidar com o luto, entre outros) ou de transformação (celebração de chegar à adolescência ou à idade adulta). Estes podem ser alterados conforme as necessidades que surgem no processo dinâmico familiar (Fiamenghi, 2002).

A metáfora é uma figura de linguagem que emerge de um processo intrínseco à comunicação, onde dois elementos, apesar de suas diferenças aparentes, são comparados devido às suas características semelhantes, visando transmitir significados de maneira mais expressiva e impactante. Sendo que a linguagem apresenta uma estrutura comum e partilhada entre todos, a metáfora implica que o emissor codifique uma mensagem e o recetor a decodifique e integre o seu significado (Teixeira, 2018). Através de analogias diretas ou indiretas, esta promove uma retrospectiva e orientações para encontrar soluções de forma a satisfazer as necessidades, permitindo a criação de uma nova realidade quando a pessoa identifica e compreende a sua experiência pessoal, tornando-se uma realidade mais profunda quando

existe mudança de comportamento. Estas podem ser apresentadas em três formas, nomeadamente através de símbolos que têm significado para a pessoa (palavras, objetos, imagens mentais, entre outros), histórias que contêm ação e/ou drama e rituais que consistem em atividades que podem reforçar o significado para a mudança (Zatloukal et al., 2019).

Em relação às questões de intervenção, estas permitem recolher informação para a formulação do diagnóstico e para a intervenção na família. A pergunta não implica mudança direta, contudo é uma arma poderosa para gerar na família uma resposta verbal ou não verbal. Existem diferentes tipos de questões, entre elas temos questões lineares, estratégicas, circulares e reflexivas (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões lineares são usadas quando o objetivo é investigar, tendo um foco descritivo, sendo muitas vezes usadas para definição de problemas, explanação de problema ou descrição temporal do mesmo (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões estratégicas surgem quando existe necessidade de confrontação pelo enfermeiro, com objetivo de orientar, de romper uma sequência de comportamentos que impossibilita a família de se manter organizada (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões reflexivas são usadas na perspetiva de melhorar a auto-organização do sistema familiar, e induzem uma co-construção de novas visões, implicando em muitos casos alteração nos significados (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões circulares têm como finalidade a exploração com um foco descritivo e uma lógica circular, permitindo aos membros da família compreenderem que o problema não está localizado em alguém e os sentimentos de culpabilização são substituídos por co-responsabilização pela situação. Este tipo de questão de intervenção permite ao enfermeiro ter uma posição de neutralidade. Estas podem ser hipotéticas, diferenciais, comportamentais, de tríade, de *coping* e de escala. As questões circulares podem ser usadas com objetivo de explorar e entender as diferenças de contextos, as diferentes formas de percepção dos membros da família ou para entender a relação entre os efeitos comportamentais dos membros da família (Questões circulares diferenciais e comportamentais) (Baptista & Teodoro, 2012).

As questões circulares hipotéticas são usadas quando o enfermeiro tem uma intenção corretiva, e ao usar uma hipótese esta permite uma mudança em determinada direção e explorar opções e ações alternativas. As questões circulares de tríade mantêm o foco no explorar, mas neste caso é usado um terceiro interveniente sobre o relacionamento dos outros dois elementos da família, explorando a visão do observador. As questões circulares de *coping* são usadas pelo enfermeiro com o objetivo de focar atenção na família, na forma e estratégias que usaram para ultrapassar um momento de crise, e reforçando a atenção no que

podem e estão a fazer para ultrapassar atualmente a dor, reforçando positivamente. As questões circulares de escala permitem ao enfermeiro medir aspetos como atitudes ou opiniões de cada membro da família (por exemplo: avaliar competências, avaliar comprometimento para a mudança, avaliar a motivação e confiança individual) (Baptista & Teodoro, 2012).

Por último, a entrevista motivacional é uma técnica utilizada na abordagem aos membros da família. A necessidade de realizar esta abordagem foi considerada importante, pois a saúde num dos elementos têm influência no funcionamento familiar como um todo e, por sua vez, tem impacto sobre a saúde dos restantes elementos da família (Figueiredo, 2012). Por este motivo, é importante que os enfermeiros tenham uma abordagem à família e aos seus membros com a finalidade de orientar nas diferentes transições (Bastos et al. 2022).

A entrevista motivacional tem como finalidade de intensificar a motivação intrínseca através da resolução autónoma de um conflito de ambivalência, ou seja, entre o desejo de mudar para evitar o risco e manter o comportamento que promove o conforto (Fuentes, 2019; Muñoz-flórez & Cortés, 2016). Esta tem três características fundamentais, nomeadamente ser colaborativa, evocativa e respeitar a autonomia do cliente, ou seja, deve existir uma parceria cooperativa e colaborativa entre o enfermeiro e o cliente com base nos valores, recursos, forças, razões e desejos da mudança com objetivo de identificar uma mudança significativa. Durante este processo deve existir o respeito à capacidade de decisão do cliente para a mudança, pois o foco da entrevista motivacional é oferecer possíveis alternativas de escolha de forma a que o cliente resolva o problema por ele e escolha o seu próprio caminho (Fuentes, 2019). Segundo Ludwig et. al. (2021), o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, proposto em 1982 por James Prochaska e Carlo DiClemente, disponibiliza uma estrutura integrativa para entender e poder intervir para a mudança. Este modelo é constituído por processos e fases de mudança.

Os processos de mudança podem ser cognitivo-experimentais e comportamentais. Os primeiros estão relacionados com os pensamentos e sentimentos que permitem a maximização da consciência sobre o comportamento e a necessidade de mudar, o alívio emocional relacionado com aumentar ou diminuir o valor do comportamento, a auto reavaliação que leva a relacionar os valores, recursos, crenças e objetivos aos novos comportamentos, a reavaliação circundante relacionado com a forma como a mudança de comportamento é útil no contexto em que vive e a deliberação social que se caracteriza por o cliente entender as oportunidades que auxiliam a iniciar os novos hábitos e a mantê-los. Os processos de comportamento estão relacionados com a auto deliberação para a decisão em comprometer-se com a mudança de comportamento, o controle de estímulos de forma a criar, mudar ou evitar um determinado comportamento, o condicionamento ou contracondicionamento para a realização de novas ligações entre certos estímulos e os

comportamentos que originam, gestão do reforço que permite entender, criar e mudar as condições do contexto de forma a reforçar o comportamento e as relações de ajuda que são consideradas importantes para iniciar, modificar e cessar os comportamentos (Ludwig et. al., 2021).

Em relação às fases de mudança, estas são consideradas diferentes etapas pelas quais as pessoas passam quando estão num processo de mudança intencional. É importante identificar a fase onde o cliente se encontra para entender o quanto está disponível e interessado na mudança de comportamento. O ciclo de mudança é um modelo dinâmico constituído por cinco fases, nomeadamente, pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e a recaída (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020).

A fase da pré-contemplação consiste na fase em que o cliente não reconhece que existe um problema associado ao comportamento atual e não tem intenção de mudar, podendo aceitar os riscos associados e assume-se como resistente ou em negação. Quando o cliente está consciencializado sobre o problema e identifica as complicações associadas mas não está preparado para realizar a mudança e também não sabe se o quer fazer, estando num estado de ambivalência, encontra-se na fase de contemplação. No momento que compreende a ambivalência e tem consciência do conflito interno existente permite a transição para a fase de preparação, ou seja, desenvolve um plano para a mudança de comportamento, assumindo um compromisso. A fase da ação surge a seguir quando o cliente coloca em prática o plano que desenvolveu. Por fim, na fase da manutenção, existe a implementação de estratégias para manter o comportamento desejável e manter-se consciente dos obstáculos que podem surgir ao longo desta fase. No entanto, pode surgir a recaída, ou seja, o cliente abandona o comportamento que lhe promove o bem-estar que tem por base um conjunto de processos cognitivos e comportamentais que devem ser explorados. A recaída pode ser um momento de transição no processo de mudança e é importante para a aprendizagem. Após esta recaída, o cliente pode voltar para qualquer outra fase do ciclo da mudança (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020).

Na realização da entrevista motivacional o enfermeiro deve expressar empatia, identificar discrepância relacionado com o desacordo entre os comportamentos e os valores, evitar confrontos, gerir a resistência à mudança e estimular a autoeficácia. A metodologia utilizada para a realização da entrevista pode ter como base o uso de perguntas abertas (permitem adquirir mais informação sobre a resistência), realizar afirmações, fazer resumos e ter uma escuta reflexiva sobre a mudança. A conversa sobre a mudança baseia-se em seis tipos, nomeadamente, sobre o desejo, as habilidades, as razões, a necessidade, o compromisso e sobre a direção aos primeiros passos (Fuentes, 2019; Tomás et al., 2020). Antes do compromisso, pode ocorrer uma fase de pré-compromisso, devido à persistência da

ambivalência, uma vez que ainda existem razões substanciais que desencorajam a mudança (Fuentes, 2019).

Segundo Muñoz-flórez e Cortés (2016) e Steffen et al. (2022), a entrevista motivacional foi considerada uma técnica mais efetiva que as metodologias tradicionais para incentivar a da auto-gestão das DCNT's, mais especificamente, a HTA e DM. Desta forma, foi uma técnica utilizada numa abordagem aos membros da família para a motivação de mudança de comportamento quando identificado como necessidade.

De forma a operacionalizar a documentação da avaliação e intervenção à pessoa, foi utilizada a ontologia de enfermagem que é alvo de investigação no projeto “*NursingOntos*” na Escola Superior de Enfermagem do Porto e que foi aprovada pela Ordem dos Enfermeiros em 2019. Esta tem como objetivo apresentar um conjunto de conceitos estruturados da enfermagem enquanto disciplina para uma representação do conceptual e teórica do conhecimento de enfermagem (Bastos et al. 2022). Os dados e resultados da avaliação e intervenção às famílias foram documentados numa matriz documental que tem, como base, a Matriz Operacional do MDAIF (Figueiredo, 2012) (Anexo 1). O programa saúde da família não se encontrava preparado para a documentação no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

A avaliação e intervenção junto às famílias durante o estágio profissional ocorreu de acordo com as particularidades de cada família, levando em consideração os subsistemas presentes e a fase do ciclo de vida em que se encontravam, o que possibilitou a identificação das áreas que requeriam atenção e avaliação. As famílias com subsistema conjugal, os membros do casal apresentaram idade superior a 65 anos de idade e, por isso, não foi necessário avaliar as áreas de planeamento familiar e adaptação à gravidez. No que diz respeito à dimensão funcional, todas as famílias foram avaliadas na área de processo familiar. A avaliação do papel prestador de cuidados foi realizada em duas famílias, devido à presença de um membro que necessitava de cuidados de terceiros.

Em famílias constituídas exclusivamente pelo casal, foram identificadas necessidades específicas relacionadas à satisfação conjugal do domínio de desenvolvimento e ao processo familiar na dimensão funcional. Nesses casos, tanto a atividade de diagnóstico quanto as intervenções foram conduzidas de forma integrada e descritas conjuntamente. Isso significa que uma abordagem unificada abordou tanto a satisfação conjugal quanto o processo familiar. Nenhuma área de atenção, nem seus respetivos domínios, pôde ser excluída, pois cada um tinha itens de avaliação e sugestões de intervenção distintos. Na área de atenção satisfação conjugal surge o item sobre a satisfação do casal na divisão das tarefas domésticas/responsabilidades e no processo familiar, na dimensão de papéis familiares, explana itens relacionados com os papéis (tarefas domésticas ou responsabilidades) que os membros da família devem desempenhar em consenso e sem conflito ou saturação. Outro item em comum é a comunicação, mas com parâmetros avaliativos diferentes. Na satisfação

conjugal surge a comunicação, como item da dimensão relação dinâmica, referente às expectativas e receios, à capacidade de chegar a um acordo quando há discórdia e à satisfação do padrão de comunicação. No processo familiar surge a comunicação como uma dimensão da área de atenção e apresenta parâmetros de avaliação referentes à comunicação emocional, verbal ou não verbal e circular. Desta forma, as famílias cuja constituição era apenas o casal, a avaliação e intervenção referente à comunicação e interação de papéis familiares das áreas de atenção satisfação conjugal e processo familiar foram descritas em conjunto.

#### **4.1.1. Descrição da prestação dos cuidados às famílias**

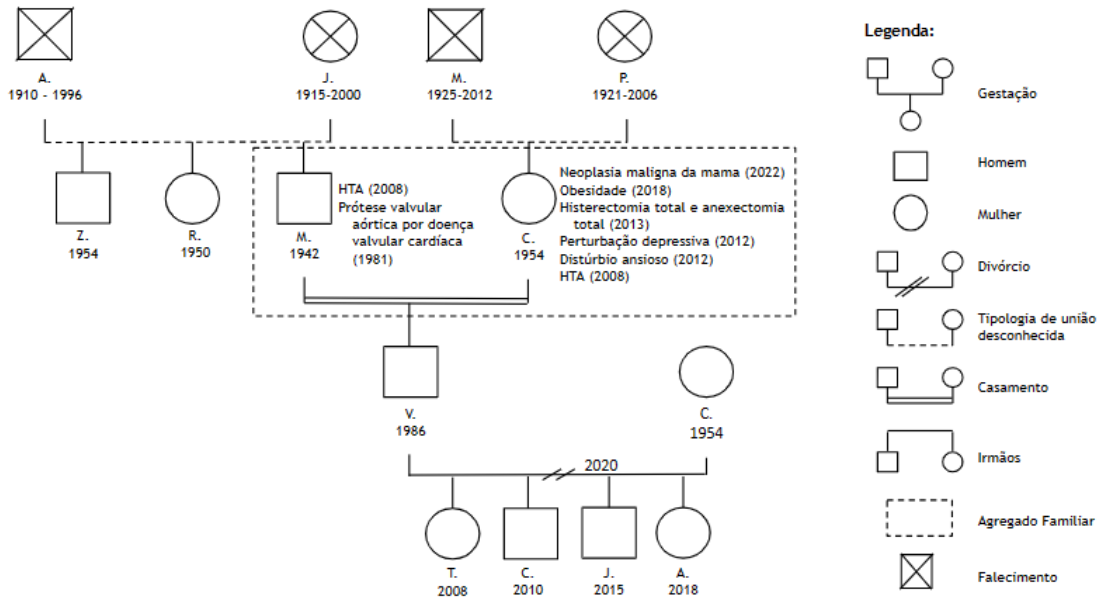
A descrição da prestação dos cuidados às famílias consiste em relatar de forma detalhada a prestação de cuidados planeada e avaliada para cada uma das famílias, conforme as suas necessidades e com recurso às suas forças. As famílias estão representadas por um número de forma a garantir o anonimato, omitindo ou alterando, ao longo da descrição dos cuidados, os dados pessoais que a pudessem identificar. Apenas três de sete famílias que foram alvo de cuidados de enfermagem são apresentadas no desenvolvimento do relatório devido à limitação de páginas, sendo estas selecionadas por terem proporcionado uma melhor oportunidade na aquisição de competências. As restantes famílias são apresentadas, de forma resumida, no anexo 4.

O número de contacto com as famílias em contexto de consulta resultou da disponibilidade dos membros da família estarem presentes, bem como da necessidade para a intervenção e avaliação de resultados.

#### **Família 1**

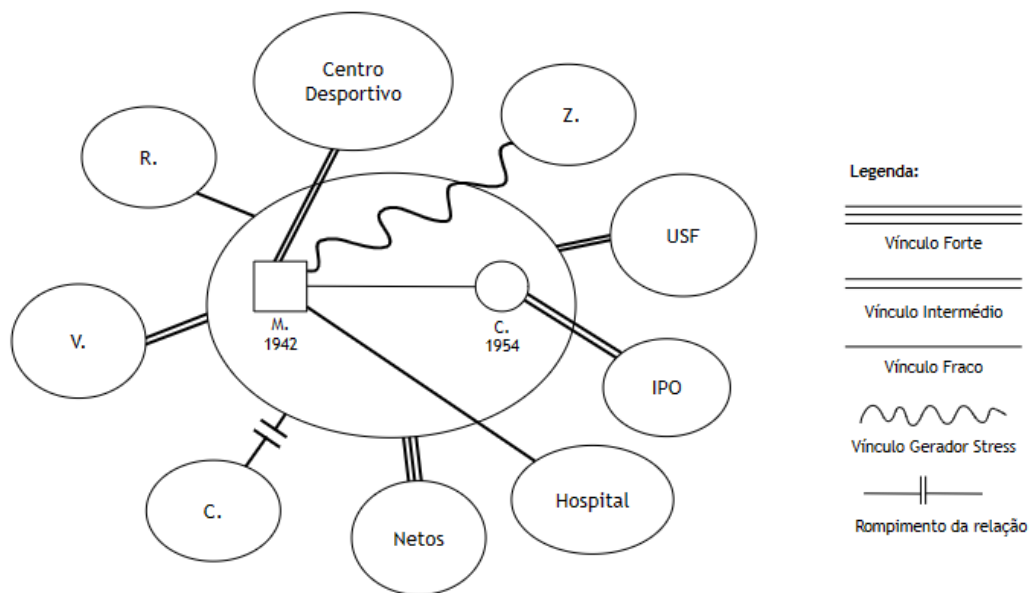
Os elementos da família 1 demonstraram disponibilidade para comparecer às consultas a partir de abril de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de uma semana entre as consultas. Estiveram presentes na USF, num total de seis consultas com duração média de 45 minutos. De forma a caracterizar a família, é apresentado, na figura 3, o genograma que tem como a finalidade de conhecer a estrutura familiar. O sistema familiar, alvo de cuidados de enfermagem, encontra-se assinalado com um retângulo tracejado.

FIGURA 3: Genograma da família 1



A família 1 é uma família nuclear, cujo microsistema é constituído pelos elementos do casal. O casal é constituído pelo Sr. M. com 81 anos de idade e a D. C. com 69 anos de idade. Estão casados há 39 anos. De forma a entender melhor a relação dos membros da família com os sistemas mais amplos, é apresentado o ecomapa na figura 4.

FIGURA 4: Ecomapa da família 1



Os elementos do casal têm um filho, Sr. V., com quem têm atualmente uma relação com vínculo moderado. Apresentam contacto telefónico todas as semanas e a relação com o filho tem como função companhia social, apoio emocional e guia de conselhos e cognitivo. A relação com o filho apresentou, anteriormente, um vínculo gerador de *stress* devido a um conflito oriundo de um apoio financeiro que cederam ao filho. Após esta situação, os elementos do casal sentiram-se obrigados a mudar o seus hábitos a nível de atividades recreativas e financeiras para garantir estabilidade económica de forma satisfazer as suas necessidades. Segundo os elementos do casal, a confiança nas decisões ou nos convites por parte do filho para situações semelhantes, deixou de existir.

Em relação à família extensa, a D. C. não tem irmãos e o Sr. M. tem uma irmã que é vizinha e mantém contacto semanal e pessoal. A relação com a irmã é apenas para ajuda de serviço a quem os elementos do casal recorrem como estratégia para solucionar situações relacionadas com bens próprios. Quanto ao irmão do Sr. M., existiu um corte na relação há alguns anos, no entanto procuram estabelecer novamente relação por motivos de saúde, embora exista um vínculo gerador de *stress* para o Sr. M..

Os elementos do casal tinham, além da família extensa, relação com a USF e com o hospital com um vínculo moderado e com uma frequência semestral. Além disso, o Sr. M. tem um vínculo moderado com o centro desportivo, embora não existisse antes. Após quatro consultas, o Sr. M começou a frequentar duas vezes por semana o centro desportivo através da câmara municipal, onde já estava inscrito, mas que não frequentava há dois anos. Estes foram resultados provenientes dos cuidados de enfermagem que serão explicados posteriormente.

Em relação à classe social da família, esta encontra-se numa posição social de classe média baixa (posição social IV), pois os membros da família têm o quarto ano de escolaridade, ambos já estão reformados e apresentam grau 4 no tipo de habitação. A pensão oriunda da reforma é uma origem do rendimento familiar considerada no grau 4 da escala de *Graffar* e, por isso, foi avaliado o rendimento familiar conforme os critérios de avaliação do MDAIF. Os elementos da família referiram, ter uma gestão do rendimento de acordo com as despesas, realizar as compras das necessidades alimentares no início do mês, garantindo a alimentação, independentemente dos imprevistos. Todas as outras despesas eram pagas no início do mês. Do restante rendimento era guardado uma parte para a poupança e a outra parte era para imprevistos ou para momentos recreativos, se possível. Neste sentido, os elementos da família demonstraram conhecimento e capacidade para a gestão dos rendimentos, identificando-se uma força e um recurso no rendimento familiar não insuficiente.

A família vivia num apartamento bem localizado, sem barreiras arquitetónicas e não utilizava aquecimento. Segundo os elementos do casal, tinham fogão a gás de botija e, por isso, é essencial avaliar o conhecimento sobre o manuseamento do equipamento e os cuidados a ter

(Figueiredo, 2012). Quando existe o uso de gás de botija é recomendado abrir as janelas se existir presença de cheiro a gás, verificar as condições e validade do tubo do fogão que conecta à botija e esta não deve ser colocada na horizontal em nenhuma circunstância, pois aumenta o risco de vazamentos de gás (existe risco de danificar a válvula de vedação), a pressão interna da botija pode ficar desregulada, afetando seu desempenho e segurança, e os reguladores de pressão são projetados para funcionar corretamente na posição vertical. Se existir necessidade de transporte no carro pessoal, esta deve ser feita preferencialmente com a botija na vertical, com uma capa protetora para evitar que esta seja danificada, ser fixa ao veículo e verificar antes de colocar no carro se existem danos na válvula para evitar vazamentos. Durante a viagem, as janelas devem estar abertas para garantir a circulação de ar e o carro não deve ser deixado parado ao sol enquanto estiver no seu interior a botija (Galp, 2023; Prio, 2023). Os elementos da família demonstraram este conhecimento e, por isso, foi identificado como uma força a precaução de segurança demonstrada.

O apartamento apresentava, com duração de um mês, mau estado de conservação devido a uma extensa presença de humidade e bolor no quarto onde os elementos do casal dormiam por infiltração de água no prédio que já estava resolvida. Estas condições são características do tipo de habitação grau 4, existindo necessidade de uma avaliação mais profunda sobre o edifício residencial. Ambos os membros do casal, com destaque para o Sr. M., apresentaram-se na consulta com sinais e sintomas de infeções respiratórias com duração de dois dias, manifestando dispneia durante a noite e, em algumas ocasiões, tiveram de dormir na sala. No entanto, os elementos do casal não identificaram como necessidade imediata a eliminação do bolor, não demonstrando conhecimento sobre o edifício residencial não seguro. Conforme refere Mees (2022), o bolor é originado de infiltrações de água no edifício que tem implicações na saúde dos moradores devido à produção de microtoxinas, nomeadamente infeções da pele, vias respiratórias inferiores e superiores, canal auditivo, córnea e órgãos genitais. Neste sentido, foi identificada uma necessidade e formulado o diagnóstico de **edifício residencial não seguro**.

No sentido de dar resposta à necessidade identificada, foi essencial as seguintes intervenções: ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro; co-construir estratégias para um edifício residencial seguro; incentivar o uso das estratégias para um edifício residencial seguro. As atividades para concretizar estas intervenções foram, essencialmente, as questões de intervenção, nomeadamente: as questões lineares de forma a orientar a família para a definição do problema (e.g.: Identificam alterações na vossa saúde desde que surgiu o bolor na parede?; Se sim, quais?); as questões reflexivas, com o objetivo de os elementos da família refletirem sobre a relação dos sintomas e sinais que identificam no seu estado de saúde com a presença do bolor na parede do quarto (e.g.: Se a humidade na parede do vosso quarto desaparecesse, como estaria diferente a vossa saúde?); as questões circulares hipotéticas que

permitem formular hipóteses que incentivassem os elementos a identificarem outras formas de solucionar o problema (e.g.: Como se sentiam se pedissem ajuda à irmã do Sr. M?; Enquanto estão a resolver a situação, podem usar outro quarto?); as questões circulares de escala que permitem quantificar a importância da mudança (e.g.: O quanto é importante para vocês manter o bem-estar da família, em que um é nada importante e dez é muito importante?) (Baptista & Teodoro, 2012). Os elementos da família quantificaram a importância do bem-estar da família entre sete e dez, permitindo a utilização da técnica de intervenção ativa conotação positiva, pois permite orientar e motivar os elementos da família a dar significado à mudança através de uma perspectiva mais positiva e fortalecer a coesão familiar para a solução do problema (e.g.: Parece que é muito importante o bem-estar da vossa família. De que forma a eliminação do bolor iria contribuir para o bem-estar da família?) (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016).

Os elementos do casal referiram que, naquele momento, tinham a capacidade financeira para contratar uma pessoa de forma a resolver o problema. Dado que a limpeza poderia ter implicações na segurança dos elementos, foram incentivados para que a eliminação do bolor fosse feita por terceiros, podendo ser familiares, amigos, vizinhos ou uma contratação temporária. No entanto, os elementos do casal informaram-se sobre a existência de produtos de limpeza e demonstraram-se determinados em usá-los. Sendo que não demonstravam conhecimento sobre a manipulação dos produtos, a D. C. não apresentava condições físicas devido ao diagnóstico oncológico recente e o Sr. M. referiu desequilíbrio postural, principalmente ao apanhar objetos do chão, foi considerado importante garantir a segurança dos elementos da família caso decidissem em fazer a limpeza. No sentido de dar resposta à necessidade de **edifício residencial não seguro** foram realizadas as seguintes intervenções: ensinar sobre os cuidados na manipulação dos produtos tóxicos; ensinar sobre o uso de equipamentos de proteção individual; ensinar sobre estratégias de promover a segurança familiar.

No final das seis consultas, os elementos do casal apresentaram conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro demonstrada, ou seja, sobre a manipulação dos produtos de limpeza e os cuidados a ter para garantir a segurança, incluindo a utilização do equipamento de proteção individual. Todavia, os membros da família não demonstraram comportamento de adesão para a resolução da presença de bolor no quarto. A aquisição do conhecimento sobre as estratégias pode ser considerada uma força que poderá, em continuidade de cuidados, colmatar a necessidade do **edifício residencial não seguro**, mais especificamente, o tipo de habitação em grau 4 da escala de *Graffar*, um dos critérios de diagnóstico.

Nas primeiras consultas foram realizadas atividades diagnósticas com a finalidade de colher dados no âmbito da dimensão de desenvolvimento e funcional de forma a identificar as necessidades prioritárias alvo de cuidados. Nesta fase foram aplicadas as escalas a cada

membro da família, com a finalidade de colheita de dados sobre a probabilidade de incidências de doenças (Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe [ERSHR]) e a percepção dos elementos sobre o funcionamento da família (Escala de APGAR).

O resultado da escala APGAR não foi consensual entre os elementos da família no segundo (satisfação sobre a forma como discutem sobre os interesses comuns e solução para os problemas) e terceiro item da escala (a percepção do membro sobre a aceitação dos seus desejos de enfrentar novas atividades ou alterar os hábitos de vida). A D. C. classifica ambos os itens em algumas vezes e o Sr. M. classifica em quase sempre. A resposta do primeiro item (satisfação sobre a recepção de ajuda quando necessário) e quarto item (a reação dos membros da família sobre os sentimentos) foi consensual com resposta de algumas vezes, e o quinto item (satisfação com o tempo que passam juntos) também teve resposta igual (quase sempre). Como resultado final, o preenchimento da escala realizada pela D. C. teve como resultado seis pontos (família com moderada disfunção) e o Sr. M. teve resultado de oito pontos (família altamente funcional). Apesar de os membros da família considerarem D. C. com maior influência, ambos estavam satisfeitos com o impacto que cada um tinha nos comportamentos dos outros. Estes dados permitiram identificar a relação dinâmica não disfuncional do processo familiar da dimensão funcional como uma força na família.

Os elementos da família referiram, no preenchimento da escala ERSHR, acontecimentos que surgiram no último ano, nomeadamente, a doença grave da D. C., problemas sexuais, mudança da situação económica, mudança de condições de vida, alteração dos hábitos pessoais, mudança dos hábitos do sono e mudanças dos hábitos alimentares. O resultado da escala permite identificar uma menor probabilidade de incidências de doenças associadas a eventos de *stress*, pois as classificações foram entre 150 e 200 pontos (171 e 157 pontos como resultado do preenchimento da escala realizada pela D. C. e Sr. M., respetivamente). Desta forma, foi realizada a atividade diagnóstica para compreender a percepção dos membros sobre estes acontecimentos. Os elementos da família identificaram, como um problema, os hábitos familiares que tinham no momento e que se prolonga desde o surgimento do conflito no passado com o filho e o conhecimento sobre a doença oncológica (transição saúde/doença na família). Eles referiram dormir durante o dia e, no período noturno, dormir dez horas, das duas horas às doze horas, condicionando o momento da refeição de almoço que passava a ser o pequeno-almoço. Às dezessete horas realizavam uma refeição como lanche e às vinte horas faziam uma refeição completa (prato principal, sopa e fruta) como jantar. Referiram que raramente existia a ceia. O momento das refeições era o único de convívio entre os elementos do casal. Além disso, manifestaram desconforto pelo sedentarismo, embora a D. C. aguardasse orientações da consulta no IPO para a realização de exercício físico adaptado. Ambos os membros da família identificaram alterações na saúde comparado ao momento antes do surgimento da transição familiar, ou seja, no declínio no funcionamento cognitivo do

Sr. M., pois não conseguia ler, escrever e verbalizar eficazmente, e a D. C. apresentava humor depressivo desde o diagnóstico da doença oncológica.

No sentido de identificar a necessidade familiar referente a estes dados, foi avaliado o *coping* familiar da área de atenção processo familiar do MDAIF. Os problemas que surgiam na família eram, essencialmente, identificados pela D. C. e era a pessoa que tinha iniciativa para os resolver. No entanto, os elementos do casal não discutiam sobre algumas necessidades comuns e não estavam satisfeitos como discutiam quando o faziam. Na solução de alguns problemas, manifestaram que a opinião dos dois não era considerada, enaltecendo a opinião da D. C.. Foi identificado como força da família o ato de recorrer a recursos externos para resolver os problemas, seja recorrer à família extensa como às unidades de saúde para a procura de bem-estar. A crise do sistema originada do conflito com o filho demonstrou a capacidade e conhecimento dos elementos do casal em dar resposta às suas necessidades e garantir estabilidade financeira, usando as forças e recursos disponíveis. Em suma, em consulta, os elementos da família identificaram os hábitos de vida como um problema major por estar a ter implicações no bem-estar da família, contudo não falavam sobre o assunto e não tiveram iniciativa para o resolver. Nesta perspetiva, foi identificado a necessidade do ***coping* familiar não eficaz**. Sendo que o exercício físico e alimentação adequada têm impacto benéfico em alguns aspetos da qualidade de vida, como a saúde mental rituale a capacidade funcional (Costa, 2020; Valdevite et al. 2018), foi formulada a hipotetização: o *coping* familiar não eficaz poderia estar a ter impacto pouco favorável noutras áreas de atenção do âmbito familiar, nomeadamente no edifício residencial e na satisfação conjugal.

No processo de cuidados no âmbito do *coping* familiar, foram realizadas como intervenções promover e negociar estratégias adaptativas e planear um ritual familiar. De forma a concretizar estas intervenções foram utilizadas questões de intervenção sistémica, nomeadamente: as questões lineares que permitem investigar as razões e as necessidades dos elementos do casal fase à mudança (e.g.: Já tiveram alguma atividade juntos que envolvesse exercício físico e gostavam? O que comem é definido pelos dois?); as circulares de escala de forma a medir a motivação para a mudança (e.g.: De um a dez, em que um é nada motivado e dez é muito motivado, o quanto estão motivados para esta mudança?), as questões circulares comportamentais de forma a que fosse refletido sobre o efeito do comportamento nos restantes membros da família (e.g.: Se o Sr. M. comesse a realizar exercício físico, como a D. C. se sentiria?); questão circular tríade (e.g.: Se o vosso filho estivesse nesta consulta, como acham que se sentiria se visse os seus pais preocupados em cuidar de si próprios?); as questões reflexivas (e.g.: Se neste momento estivessem a praticar juntos os hábitos que consideram ideais, que resultados identificam que vos faria sentir satisfeitos?); as questões estratégicas (e.g.: O que aconteceria se na próxima semana fossem ao centro de desporto falar com o professor?); as questões de *coping* com objetivo de potencializar as suas forças e

recursos que têm para concretizar o desejo da mudança (e.g.: Depois de tudo o que estão passar com a tristeza que vos acompanha fico admirada pela força que mantém em sair, vir às consultas e estarem sempre bem apresentados. Como conseguem?) (Baptista & Teodoro, 2012). A normalização no decorrer das consultas também esteve presente com a finalidade de os membros da família reconhecerem e sentirem que não estão sozinhos neste processo e que existem outras pessoas a vivenciarem o mesmo (Muitas pessoas com problemas tão significativos como o vosso também vivenciam o mesmo processo e é habitual não se sentirem bem com os estilos de vida). Estas técnicas permitiram aos elementos do casal refletirem sobre o impacto da prática de exercício físico e da alimentação sobre o bem-estar da família.

A técnica ativa ritual familiar foi utilizada com a finalidade da família co-desenvolver um ritual para a realização de exercício físico. O ritual foi co-preparado com a finalidade de o Sr. M. iniciar a prática de exercício no centro desportivo e a esposa iria acompanhar, sendo que ela foi diagnosticada em novembro de 2022 com uma doença oncológica e aguardava orientações para a prática de exercício adequado. Esta técnica promove a mudança na família tendo em consideração os valores da mesma e prepara-os para quando, como, onde, quem, o quê e para os possíveis obstáculos (Fiamenghi, 2002; Zordan, Dellatorre & Wieczorek, 2012). A presença da esposa permitiu que tivessem momentos juntos e fosse uma motivação para concretizar a mudança sobre o regime de exercício físico do Sr. M..

Na terceira consulta, referiram alteração gradual dos hábitos alimentares e apresentaram iniciativa para o esclarecimento de dúvidas sobre as melhores decisões para promover a saúde na família. Embora não tenha existido intervenção direta, o padrão do sono foi alterado gradualmente conforme o ajuste dos horários das refeições, passando a ser um descanso apenas à noite e durante oito horas. Referiram concretizar, duas vezes por semana, o ritual familiar planeado. Em suma, existiu iniciativa para resolver o problema, sendo a D. C. foi considerada a pessoa com a iniciativa, e existiu discussão sobre o problema na família para identificarem as melhores estratégias para resolver o problema. Neste sentido, foi considerado ***coping familiar eficaz***.

A avaliação dos itens da área de atenção satisfação conjugal (satisfação com a partilha de tarefas domésticas da relação dinâmica e comunicação) e os restantes itens da área de atenção processo familiar (comunicação e interação de papéis familiares), foi realizada em conjunto, sendo que a família era constituída pelos elementos do casal.

A D. C. era o membro da família responsável pelo papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, recreativo e de parente. Todos os papéis que ela desempenhava, ambos os elementos da família consideraram existir consenso e sem conflito ou saturação, com exceção do papel de cuidado doméstico. Eles demonstraram não estarem satisfeitos da forma como dividiram as tarefas domésticas (sem consenso), a D. C. sentia-se sobrecarregada desde que foi diagnosticada com neoplasia maligna da mama e o Sr. M. referiu poder ajudar, mas

que a esposa não pedia ou quando ajudava sentia que não a conseguia agradar, existindo conflito do papel. Nesta perspetiva, a família apresenta como necessidade a **interação de papéis familiares não eficaz e conflitual** no processo familiar e a **relação dinâmica disfuncional** na satisfação conjugal por não apresentarem satisfação da divisão/partilha das tarefas domésticas.

Sendo que ambos não estavam satisfeitos com a dinâmica familiar face às tarefas domésticas, foram realizadas as seguintes intervenções: avaliar a saturação do papel; promover a comunicação expressiva de emoções; motivar a redefinição das tarefas domésticas; aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas; negociar a redefinição de papéis pelos membros da família; motivar para atividades em conjunto; promover estratégias de *coping* para o papel.

A saturação do papel do cuidado doméstico foi avaliado com recurso à questão circular de escala para medir a saturação (e.g.: De um a dez, em que um é nada saturada e dez é muito saturada, o quando classifica a sua saturação face às tarefas domésticas?). A resposta da D. C. foi uma classificação de oito, considerando ser muito saturante, embora não se sentisse, naquele momento, em nível extremo. Através das questões lineares, foi possível explorar o que podia ser feito de diferente para que o nível de saturação diminuísse (e.g.: Como se sentiria se não tivesse tantas tarefas para desempenhar? O que podem fazer de diferente para que pudesse classificar a saturação face ao cuidado doméstico com um cinco?). Neste sentido, foi considerado necessário colher dados que contribuíssem para a motivação para redefinir a divisão/partilha das tarefas domésticas. Desta forma, foi explorado o significado atribuído para cada um deles ao processo de envelhecimento e aos sinais que identificavam, sendo que o Sr. M. referiu que já não conseguia retirar as moedas da carteira e necessitava de as espalhar na mesa para conseguir pegar nelas. A motricidade fina é considerada uma coordenação visuomanual que permite a realização de atividades vitais e a alteração desta capacidade básica do ser humano deve-se ao envelhecimento e ao comprometimento físico e mental que agrava com o sedentarismo (Kerber et al., 2017; Silvera & Portuguez, 2018). O Sr. M. referiu frustração por sentir que já não conseguia realizar as atividades da mesma maneira e a D. C. demonstrava desânimo por não saber como poderia ajudar o marido para a promoção da saúde. Além disso, a D. C. referiu limitações físicas para realizar as atividades de vida diária devido à presença de neoplasia maligna da mama, ainda em tratamento, necessitando de ajuda para realizar algumas tarefas domésticas. Segundo Costa (2020), os tratamentos a que a pessoa é submetida promovem uma acentuada diminuição da capacidade física, reduzindo a amplitude das articulações, da força muscular e promove alterações posturais. Além disso, o Sr. M. manifestou interesse na participação das tarefas domésticas, pois considerava que a esposa também precisava. Todavia, a D. C. era a única pessoa responsável pelas tarefas domésticas, pois consideravam que o Sr. M. não detinha

competências para o fazer, principalmente para estender a roupa, pois esta ficava mal estendida e com marcas das molas. Estes dados permitiram definir as seguintes intervenções: motivar a redefinição de papéis; aconselhar a redefinição de papéis; negociar a redefinição de papéis.

Na concretização das intervenções para a redefinição da divisão das tarefas foram utilizadas as questões circulares hipotéticas, comportamentais e reflexivas. As questões circulares hipotéticas permitiram criar hipóteses para explorar a opção alternativa do Sr. M. estender a roupa (e.g.: o que aconteceria se o Sr. M. estendesse a roupa sendo que a manipulação da mola o ajudaria a prevenir sentir mais alterações?) e os possíveis obstáculos que poderiam surgir durante a execução da tarefa doméstica (e.g.: Dado que não é habitual o Sr. M. estender a roupa poderão surgir algumas dúvidas? Seria possível o Sr. M. estender uma camisola com uma mola e no centro da mesma?), sendo que esta atividade permite a prática da motricidade fina do Sr. M. e prevenia o esforço físico da D. C. em elevar a roupa molhada e pesada para estender. Os elementos do casal identificaram-se com esse obstáculo e, por esse motivo, ela estendia a roupa. Dessa forma, foram utilizadas as questões circulares comportamentais com a finalidade de promover a reflexão sobre o efeito do comportamento de estender no bem-estar da família (e.g.: Se a D. C. explicar que se colocar a mola dessa forma marca a camisola no centro e é difícil tirar essa marca com o ferro, o que acha que o Sr. M. pensaria? Faria de forma diferente? - Resposta de D. C.: “Pois, também não posso dizer que são sempre os outros que estão mal.” Resposta do Sr. M.: “Eu nem sabia que marcava. Se me dissesse isso eu já não o faria.”; Se o Sr. M. estender a roupa que efeito acha que teria na sua esposa?).

No entanto, a D. C. identificou obstáculos na atividade proposta, uma vez que o marido deveria ter iniciativa e saber fazer as tarefas. A técnica ativa de intervenção utilizada para a motivação da concretização da divisão da tarefa foi a conotação positiva, pois esta permite dar outro significado à experiência e fortalecer a coesão familiar (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016) (Parece-me que a experiência da D. C. face às tarefas domésticas tem muitos anos de prática, correto? Durante a sua aprendizagem, lembra-se de aprender com os pequenos erros que foram surgindo? Sendo que o Sr. M. diz que procura fazer o seu melhor e parece-me estar preocupado consigo, se a D. C. ensinar o motivo pelo qual não deverá fazer da forma incorreta, sentem que isso faria diferença?). A questão reflexiva permitiu aos elementos co-construírem outra visão sobre a necessidade que a D. C. refere sobre o Sr. M. ter iniciativa para executar as tarefas (Começar a realizar algumas tarefas em casa e tornar-se uma rotina, poderia motivar o Sr. M. a sentir-se mais confiante a ter iniciativa?). As atividades realizadas para concretizar as intervenções promoveu a consciencialização dos elementos do casal sobre a importância da participação do Sr. M. nas tarefas domésticas, tendo em consideração as alterações naturais do envelhecimento e a relação com a atividade

física em casa. Além disso, proporcionaram uma oportunidade de reflexão sobre o tempo que passariam juntos em casa além dos momentos das refeições. Esse aspecto também foi abordado durante a atividade diagnóstica sobre o tempo que passam juntos como casal e família e expressaram a insatisfação naquele momento. Os dados com o tempo que passam juntos foram contraditórios no resultado do quinto item da escala de APGAR, ou seja, os elementos do casal referiram estar quase sempre satisfeitos com o tempo que passam juntos em escala e, na atividade diagnóstica, referiram não estar. Os elementos do casal demonstraram que gostavam de ter mais oportunidade de estar juntos em atividades recreativas, no entanto, demonstraram dificuldade em chegar a um acordo quando há discordância de opinião.

Neste sentido foi identificada a necessidade, na área de atenção satisfação conjugal, a **relação dinâmica disfuncional** por não existir satisfação com o tempo que passam juntos e **comunicação não eficaz** por o casal não chegar a acordo quando há discordância de opinião e ainda não existir satisfação de ambos com a forma como cada um expressa os sentimentos. No processo familiar, a avaliação da dimensão de comunicação permitiu identificar comunicação não eficaz por não haver satisfação e a aceitação relativamente à expressão dos sentimentos e por existir impacto pouco favorável da expressão de sentimentos. Desta forma, planeou-se, como intervenção: promover a comunicação expressiva de emoções, otimizar a comunicação na família e planejar ritual familiar.

Nesta perspetiva, foi essencial para os elementos do casal comunicarem, identificarem as suas diferenças e entendê-las, pois os elementos do casal evitavam realizar atividades recreativas longas para evitar comer fora, dado que a D. C. apenas queria fazer piqueniques e o Sr. M. demonstrou preferir comer num restaurante. No entanto, para evitar a discussão, o Sr. M. referia ceder à vontade da esposa, tal como fazia em qualquer outra situação. As questões lineares permitiram explorar o problema que desencadeava a discórdia de opinião (e.g.: Parece-me que o Sr. M. fica preocupado com o trabalho em excesso que a D. C. tem para concretizar o piquenique e com o excesso de comida que levam. É isso que mais o deixa desconfortável?), as questões circulares hipotéticas promoveram a procura de soluções entre os elementos do casal que fosse prazerosa para ambos (e.g.: Sendo que o piquenique é muito importante e prazeroso para a D. C. e amanhã é o seu aniversário, seria uma opção reduzir ao máximo o trabalho e levar comida ao certo para os dois?). As atividades realizadas em consulta permitiram co-construir significados às suas diferenças, sendo que o Sr. M. queria evitar piqueniques porque a esposa fazia muita comida que, além de ser mais pesada para levar, a D. C. ficava a trabalhar todo o dia antes da saída. Embora a D. C. referisse que não se importava, tinha impacto pouco favorável a nível emocional no sistema familiar. Por outro lado, D. C. evitava frequentar restaurantes devido à falta de confiança na preparação das refeições e à atmosfera dos estabelecimentos.

Desta forma, foi utilizada a técnica ativa de intervenção rituais familiares para co-planear uma atividade recreativa significativa para os elementos do casal e promover a mudança, tendo em consideração os seus valores (Fiamenghi, 2002; Zordan, Dellatorre & Wieczorek, 2012). Uma vez que, no dia seguinte à consulta, a D. C. iria celebrar o seu aniversário, a atividade foi planeada para festejar esse dia, negociando com base nas diferenças e nos gostos em comum dos elementos do casal. O ritual planeado pela família, com recurso a questões reflexivas para eles pensarem sobre o que iriam necessitar para concretizar o ritual (e.g.: o que vão fazer?; onde vão celebrar o aniversário? onde vão comer? quem vai preparar o piquenique? Quando vão fazer as compras para o piquenique? o que vão levar para comer? A que horas saem de casa? o que vão visitar? Como se vão deslocar ao local programado?). Foi tido em consideração vários obstáculos (e.g.: em caso chovesse, se o Sr. M. ficasse cansado após a piscina e se a aula se atrasasse) para que os elementos do casal adequassem estratégias para esses momentos e concretizassem na mesma o ritual, mesmo sendo noutro dia.

Como resultado das atividades concretizadas para as intervenções propostas, os elementos do casal realizaram a divisão das tarefas planeada em consulta, e embora a D. C. ainda manifestasse sobrecarregada (Classificação de sete na aplicação da questão circular de escala), referiu que se sentia satisfeita pela participação do marido em pequenas tarefas domésticas. Em relação à atividade recreativa, os elementos do casal não concretizaram o planeado no dia do aniversário por surgirem obstáculos trabalhados em consulta, ou seja, o Sr. M. foi à piscina de manhã, e, além de sair cansado, saiu mais tarde do que o previsto. Demonstraram capacidade de alterar o plano para outro dia e de o concretizar. Ambos demonstraram-se satisfeitos com as estratégias que utilizaram para manter atividades em conjunto. Estas atividades permitiram os elementos expressarem as suas emoções em consulta e compreenderem que as suas ações ou a comunicação tinha impacto no parceiro.

Na última consulta, a D. C. referiu que a mudança de comportamento do marido deixa-a mais feliz e incentiva a sua vontade de estar com ele e de o beijar, embora manifeste existir receio na resposta dele a esse gesto. Segundo Goulart et al. (2019), os casais com elementos de pessoas idosas apresentam uma crescente preocupação com a saúde do seu par e inspiram-se em investir no seu relacionamento, podendo surgir um vínculo altruísta que promove motivação e bem-estar pessoal. O desejo de dar o beijo ao parceiro não existia até à última consulta. O único gesto de contacto e carinho considerado por eles foi dar a mão, sendo que o beijo, o abraço ou o ato sexual não aconteciam há dez anos. Os elementos do casal demonstraram que não estavam satisfeitos com o padrão da sexualidade, sendo que o ato sexual foi considerado, pelos elementos do casal, um tema que gerava conflito, pois o Sr. M. mantinha desejo sexual e a D. C. não manifestava o mesmo. Os elementos do casal atribuíram

significado à histerectomia e anexectomia em 2013, uma decisão que, segundo o Sr. M. não foi consensual, tendo impacto pouco favorável na saúde sexual do casal.

O item interação sexual da satisfação sexual foi uma dimensão pouco explorada, sendo que foram considerados prioritários os outros itens de avaliação da satisfação conjugal que, por sua vez, poderiam melhorar a relação entre os elementos do casal e ter um impacto benéfico na comunicação sobre a sexualidade e aumentar o desejo de a viver. Neste sentido, é essencial a continuidade de cuidados pelo enfermeiro de saúde familiar, realizando uma atividade diagnóstica mais profunda sobre a interação sexual e sobre a função sexual de forma a promover a capacitação dos membros do casal a alcançar o seu bem-estar relacionado com a sexualidade.

Em suma, os diagnósticos formulados na família após avaliação das diferentes áreas de atenção foram: edifício residencial não seguro; satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, comunicação não eficaz e interação sexual não adequada (a função sexual não foi avaliada); processo familiar disfuncional por comunicação familiar não eficaz, *coping* familiar não eficaz e interação de papéis familiares não eficaz e conflitual. Após o processo de cuidados à família identificou-se modificação positiva nas necessidades identificadas dos itens da área de atenção da satisfação conjugal (relação dinâmica não disfuncional; comunicação eficaz) e no processo familiar (comunicação eficaz, *coping* familiar eficaz e interações de papéis não conflitual).

No decorrer das consultas, todos os dados dos membros da família foram importantes para o processo de cuidados à família, todavia foram também dados importantes para avaliação das necessidades individuais e o desenvolvimento de um plano de cuidados. Os dados individuais foram extraídos da documentação já efetuada no sistema de informação *Sclinico*.

A D. C. tem 69 anos de idade, apresenta o quarto ano de escolaridade, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em abril de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diárias. Documentado tem, como antecedentes clínicos, HTA desde 2008, dislipidemia diagnosticado em 2008, perturbação depressiva e distúrbio ansioso diagnosticado em 2012, foi submetida a histerectomia e anexectomia em 2013, obesidade diagnosticado em 2018 e neoplasia maligna da mama esquerda desde 2022. Como regime medicamentoso, a senhora tomava ao pequeno-almoço o coaprovel (150 mg de irbesartan e 12,5 mg de hidroclorotiazida) e a venlafaxina 75 mg, e ao jantar tomava rosuvastatina 10 mg. A D. C. referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado.

A D. C. apresentou, em maio de 2023, peso corporal de 73 kg, altura de 154 metros (dados que permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) de 30,8 kg/m<sup>2</sup> - resultado de obesidade de classe I), perímetro abdominal de 97 centímetros que corresponde a um risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares ou metabólicas (Camolas et al., 2017), pressão arterial de 146/93 mmHg e frequência cardíaca de 55 bpm. Além destes dados, não tem prática habitual de atividade física além das atividades de vida diárias, come vegetais na sopa ao jantar todos os dias e não tem pessoas na família com antecedentes clínicos de DM tipo 1 ou 2. A pesquisa de glicemia indicava valores de referência adequados. Estes dados permitem, no sistema de informação *Sclínico*, quantificar o risco de desenvolver DM tipo 2 através da escala *Finish Diabetes Risk Score* que tem os itens para preencher sobre a idade, IMC, a prática diária de atividade física durante 30 minutos, a regularidade com que come vegetais, se toma medicação destinada a ter efeito sobre a HTA, o valor de glicose e a presença de pessoas na família com diagnóstico de DM tipo 1 ou 2. O resultado indica que a senhora apresentava um risco moderado de desenvolver a DM tipo 2.

A D. C. encontrava-se a vivenciar uma transição saúde/doença desde o conhecimento sobre o diagnóstico da neoplasia maligna da mama. Desde esse momento, atribuiu o significado de que a doença surgiu devido aos seus hábitos de saúde que eram considerados fatores de riscos, surgindo a autculpabilização. Segundo Machado e Souza (2021) referem no seu estudo que, uma das estratégias adotadas pelas pessoas para enfrentar a doença pode ser a autculpabilização pelo surgimento da doença devido a um padrão de comportamentos inadequados. Segundo a D. C., este sentimento intensificou-se quando alguns profissionais de saúde reforçaram a sua perspectiva, sendo que tinha diagnóstico de obesidade desde 2018 e não realizava exercício físico. Este evento aumentou o sentimento de vergonha, promovendo o isolamento social.

A D. C. referiu não ter pessoas amigas ou grupos de apoio e as relações que referia ter era para a solução de problemas pontuais a nível material. Evitava ter momentos de convívio em ambientes de café, que frequentava esporadicamente, com vizinhos ou amigos, pois tinha receio do que as pessoas poderiam pensar. Além disso, acreditava que a sua imagem pessoal e a aparência da sua casa eram reflexos diretos da sua identidade e, por isso, sentia a necessidade de mantê-los num estado de excelência, conforme a sua própria perspectiva. Desta forma, o diagnóstico da doença nunca tinha sido partilhado com ninguém, com exceção do seu filho e marido.

Em relação ao conhecimento sobre a doença, demonstrou saber o que era a neoplasia maligna da mama, as possíveis complicações associadas e algumas possíveis mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, que poderiam surgir durante o processo. A D. C. demonstrou iniciativa em querer envolver-se no processo através da procura de informação sobre a doença e as mudanças de comportamento adequadas à sua condição. A procura da informação

era restrita apenas à internet e este método demonstrou que a D. C. apresentava necessidade de esclarecimento de dúvidas sobre algumas alterações que identificava no seu corpo, alterações a nível emocional e social ou que exercício físico poderia realizar.

O discurso da D. C. refletia-se na acentuada diminuição do interesse e prazer nas atividades recreativas, pensamento recorrente de morte (Afirmção da D. C.: “Por vezes apetece-me sair de casa sem destino. Entende o que eu quero dizer?”) e evitava procurar informação por receio de ser um incómodo para os profissionais de saúde e com o que poderiam pensar. Segundo Machado e Souza (2021), estes comportamentos e atitudes são considerados habituais em pessoas com neoplasia maligna da mama. Além das implicações a nível emocional, esta doença e os tratamento a que é submetida promove redução da sua capacidade física, sendo que o exercício físico e a dieta equilibrada minimizam estes efeitos secundários e melhoram a autoestima e o humor (Costa, 2020).

Os dados colhidos sobre a vivência da D. C. no processo de doença permite compreender que se encontra consciencializada sobre a evolução da doença, embora apresente a necessidade de aumentar o envolvimento no processo de doença de forma a procurar informação elegível para promover a mudança.

Além do diagnóstico da neoplasia maligna da mama, a D. C. tem diagnóstico de HTA, sendo que, para a prevenção de complicações associadas e para a promoção do bem-estar, o exercício físico e a alimentação adequada são também considerados no regime terapêutico (Cardoso et al., 2019). Em relação à alimentação o padrão de alimentação era composto por quatro refeições por dia com défice de ingestão de frutas, legumes e potássio, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado, excesso de ingestão de hidratos de carbono (ingestão de três a quatro pães por dia), baixa ingestão de água (meio litro a um litro por dia) e não tinha ingestão de alimentos específicos desaconselhados, como doces, bebidas energéticas, entre outros. Não apresentou conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável e sobre a autogestão do padrão de alimentação. Em suma, realizava apenas uma refeição completa ao jantar, sendo que o resto do dia realizava pequenos lanches à base de pão e leite. A D. C. referiu dormir dez horas durante o período da noite, um sono reparador, com hora de despertar às doze horas. Este horário condicionava, segundo a senhora, as horas das refeições e as rotinas diárias. Esta rotina do sono devia-se à ausência de objetivos diários (Afirmção da D. C.: acabo por ficar na cama porque não tenho nada para fazer de manhã e não me incentiva a levantar mais cedo). Em suma, a D. C. manifestou, várias vezes em consulta, autodesvalorização, a acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades recreativas e a sua insegurança face ao que os outros pensavam sobre si. Estes dados permitiram formular os diagnósticos de enfermagem individual da D. C. com base na ontologia de enfermagem, descritos no quadro 1.

QUADRO 1: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. C. da família 1

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Emoção	Humor depressivo Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento do regime dietético Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético
Sono	Sono comprometido

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

A decisão sobre o plano de intervenção teve como base estas necessidades demonstradas pela D. C., traduzidas nos enunciados diagnósticos apresentados anteriormente: avaliar a evolução do humor depressivo, executar reestruturação cognitiva, executar escuta ativa, assistir o cliente no treino do pensamento positivo, assistir o cliente no treino do autocontrole das emoções, assistir o cliente a planear atividades de autocuidado, assistir o cliente a planear atividades de vida diárias, analisar a relação do sono e o equilíbrio do humor e avaliar a consciencialização da relação do padrão do sono e o equilíbrio do humor. Em relação ao autocuidado relacionado com o regime dietético foram realizadas as seguintes intervenções: avaliar a evolução do conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável; ensinar sobre o padrão de alimentação saudável; ensinar sobre a ingestão de líquidos; avaliar conhecimento sobre a autogestão do regime dietético. No que concerne ao padrão de exercício físico não foi considerado o momento próprio para intervir face à sua condição de saúde e à necessidade de existir uma reavaliação pelo médico assistente. Em consideração às necessidades identificadas, foi prioritário desenvolver atividades que concretizassem as intervenções face ao humor depressivo.

A autodesvalorização é um padrão de pensamento e comportamento em que uma pessoa constantemente subestima o seu próprio valor e capacidades. Isso manifesta-se com uma baixa autoestima, onde a pessoa tem dificuldade em reconhecer as suas qualidades positivas e tende a se concentrar nos seus defeitos. A comparação negativa com os outros é comum, assim como a autocrítica excessiva e o desejo de perfeição. Pessoas com autodesvalorização muitas vezes evitam reconhecimento e podem ter dificuldade em aceitar ajuda ou apoio de outros. Isso pode levar ao isolamento social e afetar negativamente o bem-estar emocional. Nesta perspetiva foi essencial a escuta ativa, pois permite melhorar a compreensão das mensagens transmitidas, tanto verbal quanto não verbal. Quando as pessoas se sentem ouvidas e compreendidas, sentem-se respeitadas e ficam mais suscetíveis a partilhar informações importantes (Monteiro & Guimarães, 2020; Ribeiro et al., 2021) (Afirmção da D. C.: “Acredito que seja a primeira vez que falei em consulta de assuntos tão íntimos. Tinha

perdido a confiança nos profissionais de saúde por medo que contassem a outras pessoas ou que me julgassem pelo que faço!”).

A partilha de informação importante durante a entrevista foi possível identificar forças e recursos para promover a autovalorização e o pensamento positivo. A D. C. apresentou o desejo e gosto pela aprendizagem, a capacidade de flexibilidade na adaptação às condições adversas do meio envolvente e o conhecimento sobre manuseamento da tecnologia. Além disso, foi identificado que a senhora era acompanhada por um médico do IPO, cujo relação se traduz em um vínculo moderado, e que disponibilizou o seu contacto eletrónico para esclarecimento de dúvidas ou em caso de necessidade de uma avaliação mais precoce.

De forma a dar resposta às intervenções, foi realizada uma entrevista motivacional com a finalidade de motivar o contacto com o médico e incentivar a planear atividades de autocuidado. Durante a entrevista motivacional, foram utilizadas questões lineares com a finalidade de explorar com a cliente o problema (e.g.: *o que a está a preocupar?*; *O que as pessoas dizem que a preocupa?*; *Sente-se sozinha?*) e as questões de reflexão permitiram promover a cliente a criar novas visões sobre o problema (e.g.: *Como é que aquilo que as pessoas falam pode afetá-la?*; *Qual será a intenção das pessoas quando falam de si?*). As questões de escala permitiram medir a percepção sobre a motivação da D. C. para a mudança (e.g.: *De um a dez, em que um é nada importante e muito importante, o quanto é importante cuidar de si?*; *De um a dez, em que um é nada motivado e muito motivado, o quanto está motivado para cuidar de si?*). A resposta às questões de escala foram seis e três respetivamente, o que significa que, embora considere ser importante cuidar de si para promover o bem-estar não tem motivação para fazer nenhuma atividade que promova o seu autocuidado. Nesta perspetiva, a normalização foi utilizada com a finalidade de promover o sentimento de apoio emocional, referindo que o processo pelo qual a experiência também é vivenciada por outras pessoas e passam pelas mesmas fases. No decorrer da entrevista, a cliente também foi parabenizada pelas suas forças e pelas suas conquistas.

A D. C. reforçava vários eventos que surgiram ao longo da sua vida que colocava em causa a confiança em outras pessoas, reforçando pensamentos negativos. Desta forma, existiu necessidade do uso da metáfora como técnica de intervenção ativa, pois permite a criação de uma nova realidade quando a pessoa identifica e compreende a sua experiência pessoal, funcionando como uma orientação para a mudança (Zatloukal et al., 2019). A metáfora utilizada foi a seguinte: Quando uma lâmpada funde, geralmente entramos na sala e, mesmo cientes de que a luz não vai acender, continuamos a carregar no interruptor várias vezes. No entanto, é evidente que a lâmpada só voltará a iluminar quando a substituirmos. Esta metáfora sugere que, para serem superados os pensamentos negativos, é necessário substituí-los por pensamentos mais construtivos, da mesma forma que a lâmpada precisa ser substituída para que a luz volte a iluminar. Por outras palavras, é necessário ter uma ação

consciente de substituir os pensamentos negativos por pensamentos mais saudáveis e construtivos para melhorar o bem-estar emocional. Após a utilização da metáfora, a cliente fez silêncio, como um momento de reflexão, e nas seguintes consultas, embora ainda existissem momentos de pensamento negativo, a cliente demonstrou capacidade de refletir sobre o pensamento e torná-lo construtivo e mais favorável para si.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, a D. C. considerou crucial realizar mudanças e receber orientação sobre o seu padrão alimentar, bem como aprender a preparar alimentos de maneira saudável. Isso despertou a sua curiosidade para procurar informações sobre alimentos e esclarecer as suas dúvidas durante as consultas, promovendo, uma mudança positiva e uma adesão a comportamentos mais saudáveis. À medida que o seu padrão alimentar foi alterado, também conseguiu estabelecer um padrão de sono mais adequado. Para dar resposta à necessidade de adequar o seu padrão de exercício físico, ela enviou um e-mail ao médico que a acompanhava para procurar orientação sobre o exercício mais apropriado. Após quatro consultas, a D. C. recebeu uma resposta imediata, levando à marcação de uma consulta adicional.

As mudanças refletiram-se no estado de humor da D. C., que passou a apresentar maior autovalorização, mais interesse em realizar as atividades planeadas, não abordava a morte, e procurou informações para esclarecer as suas dúvidas, sentindo-se orgulhosa das suas conquistas. O pensamento positivo sobre a socialização foi mais evidente, embora seja um aspeto essencial para continuar a ser trabalhado. Nesta perspetiva, foi discutida a possibilidade de ser acompanhada em consultas de psicologia, seja pelo Instituto Português Oncológico ou com referência do médico de família. Além disso, transição saúde/doença ainda se manteve em processo (sentimento de integração, desenvolvimento de confiança e lidar com a situação), sendo essencial a continuação de prestação dos cuidados de enfermagem. Neste processo é importante cuidados preventivos para possíveis eventos que poderão ser críticos, como possíveis tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, o período entre modalidades de tratamento e a conclusão dos tratamentos (Meleis, 2010).

O Sr. M., esposo da D. C., é outro membro da família. De forma a conhecer o histórico, foi consultada a sua documentação. O Sr. M. tem 80 anos de idade, apresentava o quarto ano de escolaridade, não apresentava hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em abril de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diária. Documentado tinha, como antecedentes clínicos, submetido a uma cirurgia para a colocação de uma prótese valvular mitral por doença valvular cardíaca em 1981, HTA desde 2008, dislipidemia desde 2008 e epilepsia diagnosticada em 2011 após traumatismo crânio-encefálico. Como regime medicamentoso, o senhor tomava ao pequeno-almoço o moduretic (5 mg de amilorida e 50 mg

de hidroclorotiazida) e a carbamazepina 400 mg, e ao jantar tomava rosuvastatina 20 mg e varfarina 5 mg.

O Sr. M. apresentou, em maio de 2023, peso corporal de 82 kg, altura de 174 metros (dados que permitem calcular o IMC de 27,1 kg/m<sup>2</sup> - resultado de pré-obesidade), perímetro abdominal de 104 centímetros que corresponde a um risco alto de desenvolver uma doença cardiovascular ou metabólica (Camolas et al., 2017), tensão arterial de 144/76 mmHg e frequência cardíaca de 50 bpm. Além destes dados, o Sr. M. partilhou que não tem prática habitual de exercício físico, come vegetais na sopa ao jantar todos os dias e elementos da família extensa com antecedentes clínicos de DM tipo 1 ou 2. A pesquisa de glicemia indicava valores de referência adequados. Estes dados permitem, no sistema de informação *Sclínico*, quantificar o risco de desenvolver DM tipo 2 através da escala *Finish Diabetes Risk Score*, como alto risco.

O Sr. M. respeitava um período de descanso de dez a doze horas, um sono reparador, que comprometia o padrão do regime dietético. Segundo Alves et al. (2021), existe relação de menor fluência verbal nas pessoas idosas que dormem maior número de horas que é recomendado, sendo que entre sete a oito horas é suficiente para esta faixa etária. O Sr. M. apresentou dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos, podendo estar associada ao padrão do sono, do exercício físico e da alimentação, que tem impacto no compromisso cognitivo (Cochar-Soares et al., 2021). Em consulta, o Sr. M. manifestou a perceção e o desconforto sobre o declínio cognitivo há cerca de dois anos.

O padrão de alimentação era composto por quatro refeições por dia com défice ingestão de frutas, legumes e potássio, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado, excesso de ingestão de hidratos de carbono (ingestão de três a quatro pães por dia), baixa ingestão de água (um litro por dia) e não tinha ingestão de alimentos específicos desaconselhados. Não apresentou conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável e sobre a autogestão do padrão de alimentação e não detinha a consciencialização sobre a relação da dieta e o valor de INR (*International Normalized Ratio*). A consciencialização da relação do valor nutricional e o peso corporal estava presente.

O Sr. M. não realizava exercício físico e apresentava uma atividade física de duração de uma a duas horas por semana quando saía com a sua esposa. Todavia, estava inscrito no centro desportivo há dois anos para a prática de hidroginástica e não frequentava. Durante o dia permanecia no sofá e, por vezes, dormia durante esse período. Não apresentava conhecimento do padrão de exercício físico e sobre a autogestão do regime de exercício. Apresentou consciencialização sobre a relação entre o exercício físico e a tolerância à atividade física e entre a atividade física e o peso corporal.

Os dados colhidos durante a avaliação individual inicial permitiram a formulação de diagnósticos de enfermagem por domínio, apresentados no quadro 2.

QUADRO 2: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. M. da família 1

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Comunicação verbal	Comunicação verbal expressiva comprometida
Sono	Sono comprometido
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento do regime dietético Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o resultado de INR
Autogestão do regime de exercício físico	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Os diagnósticos de enfermagem permitiram identificar as intervenções de enfermagem para promover a mudança, nomeadamente: ensinar sobre o impacto do exercício físico e a alimentação saudável na função cognitiva; avaliar a evolução da comunicação expressiva sobre a emissão e compreensão da mensagem; avaliar a evolução do sono. Em relação ao autocuidado relacionado com o regime dietético foram realizadas as seguintes intervenções: avaliar a evolução do conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável; ensinar sobre o padrão de alimentação saudável; ensinar sobre a ingestão de líquidos; avaliar conhecimento sobre a autogestão do regime dietético; ensinar sobre o regime dietético; ensinar sobre a vitamina K na dieta; avaliar a evolução da consciencialização sobre a relação entre a dieta e o resultado de INR. No que concerne ao padrão de exercício físico foram realizadas as seguintes intervenções: ensinar sobre exercício físico; ensinar sobre a autogestão do regime de exercício.

Em relação ao regime dietético e regime de exercício físico, o Sr. M. apresentou consciência que o padrão de alimentação e de exercício físico não era o adequado, manifestando que não estava satisfeito. Por outro lado, referiu não ter motivação para a mudança porque estava confortável com as suas rotinas atuais e não identificava sinais de implicações do comportamento na sua saúde. Quando a pessoa identifica o problema e reconhece as complicações associadas, mas não está pronto para efetuar a mudança e não tem certeza se deseja fazê-lo, encontra-se na fase de contemplação (Tomás et al., 2020).

O método utilizado para a modificação do diagnóstico foi a entrevista motivacional que teve como base perguntas abertas com objetivo de perceber qual era o desejo, a competência, as razões e as necessidades para a realização da mudança de comportamento. Em relação à

ambivalência manifestada pelo Sr. M., foi desenvolvida discrepância com o comportamento sujeito à mudança e os valores individuais (Fuentes, 2019). O Sr. M. considerava importante, enquanto valor pessoal, o bem-estar a nível físico e cognitivo, e manifestou desagrado de ter dificuldade em ler, escrever e comunicar. Desta forma, as questões de intervenção reflexivas permitiram promover outra visão sobre como a mudança de comportamento face ao exercício físico e à alimentação poderia contribuir para melhorar o funcionamento cognitivo (e.g.: Quando está no computador a ler alguma coisa que lhe interessa, considera que demora o mesmo tempo de quando fazia exercício físico?; Como considera que a alimentação pode contribuir para aumentar a sua eficácia na leitura ou para comunicar com outras pessoas?). Durante a entrevista motivacional foi essencial parabenizar durante o processo de mudança que, embora tenha sido gradual, as pequenas mudanças foram perspetivadas como conquistas e uma força individual (Steffen et al., 2022).

O ensinamento quanto à importância do exercício físico sobre o impacto favorável na prevenção e recuperação do funcionamento cognitivo (comunicação verbal na emissão e compreensão da mensagem) promoveu o incentivo para efetuar o compromisso de regressar às aulas no centro desportivo. Sendo que o exercício físico era acompanhado por um professor, não foi considerado o momento certo para ensinar sobre segurança ou o tipo de exercício físico adequado.

Como resultado, a mudança foi gradual ao longo das consultas, sendo que o Sr. M. iniciou exercício físico duas vezes por semana, no centro desportivo, após a quarta consulta. Todavia, surgiu uma fase de pré-compromisso, com existência de conflito entre a mudança e a razão de o fazer (Fuentes, 2019). Em relação ao padrão de alimentação, foi mantido o compromisso realizado em consulta, após ensinar a importância do padrão de alimentação saudável e sobre a autogestão do regime dietético face às suas necessidades nutricionais. A alteração do padrão de alimentação e de exercício físico levou a que fosse também alterado, gradualmente, o padrão do sono, sendo que no fim das consultas referiu ter um padrão de sono com duração de oito horas. Além disso, nas últimas consultas foi possível observar alterações significativas durante a comunicação em consulta, demonstrado maior capacidade de compreender a mensagem que recebia, bem como maior facilidade em emitir a mensagem.

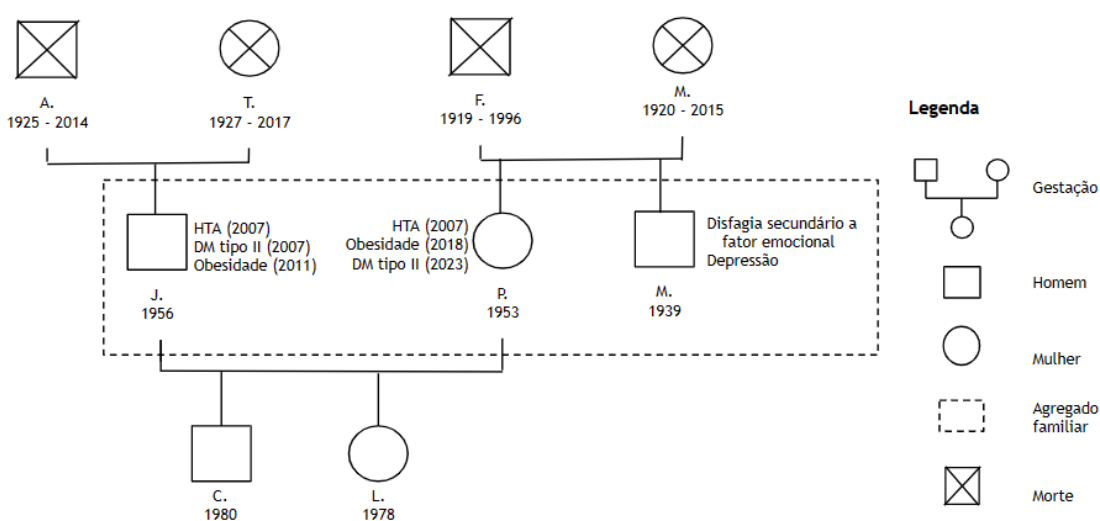
Ao fim das seis consultas, o Sr. M. apresentou-se na fase de manutenção, sendo que é essencial para as próximas consultas, considerando a continuidade de cuidados, co-construir estratégias para evitar a recaída (Tomás et al., 2020). Além disso, é considerado importante avaliar a consciencialização entre a relação do regime dietético e com os valores de INR numa próxima avaliação.

Ambos os membros da família manifestaram satisfação sobre a relação terapêutica e sobre os resultados obtidos, contudo, referiram que o intervalo entre as consultas com periodicidade de uma semana era pouco e, por conseguinte, diminuía o interesse na participação.

## Família 2

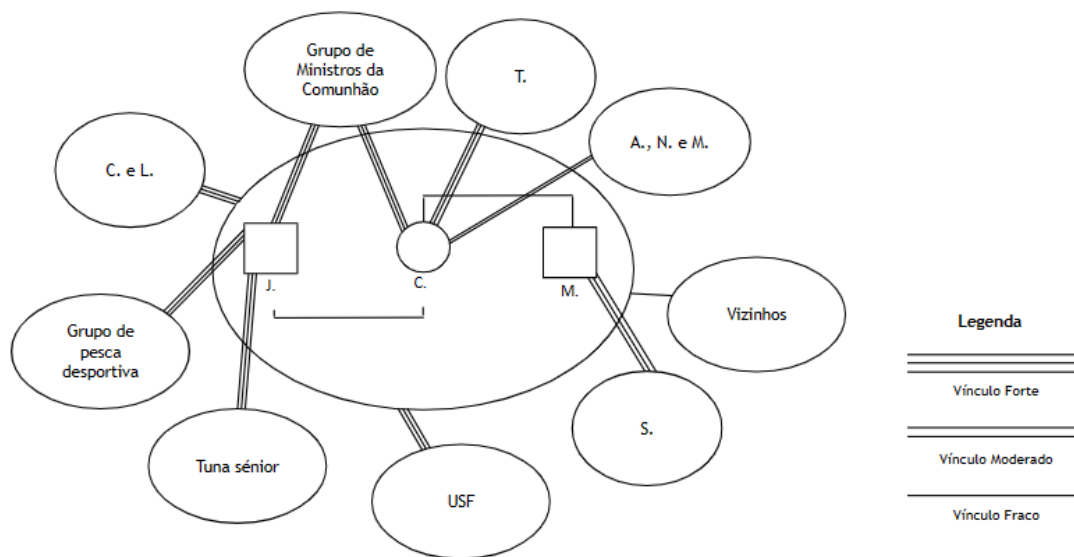
O contacto com a família 2 aconteceu, num total de seis consultas e com duração média de uma hora, na USF e em contexto domiciliário. Os elementos do casal participaram em três consultas na USF e, as outras três consultas, foram realizadas em contexto domiciliário com todos os elementos da família. De forma a caracterizar a família, é apresentado, na figura 5, o genograma que tem como a finalidade de conhecer a estrutura familiar. O sistema familiar, alvo de cuidados de enfermagem, encontra-se assinalado com um retângulo tracejado.

FIGURA 5: Genograma da família 2



A família 2 era um tipo de família alargada, com um casal constituído pela D. P., com 70 anos de idade, e o Sr. J., com 67 anos de idade. Com o casal vivia, há quatro anos, o Sr. M., irmão da D. P., com 84 anos de idade. Este senhor não tinha filhos. Os elementos do casal tiveram dois filhos que já não viviam com eles, no entanto, tinham contacto diário com eles via telefone, pois não viviam perto da região. Referiram que a relação com os filhos apresentava um vínculo forte e com uma função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e de ajuda de serviços. A filha, D. L., nas suas férias ficava em casa dos pais com a finalidade de estes poderem sair e o Sr. M. ter apoio de alguém no domicílio. Além da família extensa, existiam sistemas mais amplos cujos elementos da família referiram existir uma relação, conforme é representado no ecomapa da família na figura 6.

FIGURA 6: Ecomapa da família 2



A D. P. referiu ter um vínculo afetivo com os seus amigos que tem contacto várias vezes por semana via telefone e são relações com função de apoio emocional, de companhia social e de guia cognitivo e conselhos, nomeadamente a D. A., D. N. e a D. M. com um vínculo moderado e a D. T. com um vínculo forte. O Sr. J. participava num centro desportivo de pesca com amigos, uma vez por mês, cuja relação tinha um vínculo forte e com função de companhia social, e participava numa tuna sénior, uma vez por semana, que tinha uma relação de vínculo forte. Em relação ao Sr. M. tinha um amigo, o Sr. S., com uma relação de vínculo forte cuja função era de companhia social e tinha contacto esporadicamente. Ambos os elementos do casal participam em atividades relacionadas com a igreja com a finalidade de apoiar outras famílias nas suas necessidades básicas. Em suma, a família 2 apresentava vários recursos e forças nos sistemas mais amplos, pois as suas relações apresentam um vínculo forte e não demonstraram qualquer relação geradora de *stress*.

Os vizinhos foram pessoas consideradas também como uma força e recurso na família como sistema mais amplo que, embora tenha apresentado um vínculo fraco, a relação tinha como função a companhia social que era quase diária e de ajuda material, como por exemplo, em caso de necessidade súbita de algum bem essencial alimentar.

No que concerne à relação com a USF, embora os elementos do casal estivessem inscritos numa USF diferente do Sr. M., todos manifestaram um vínculo forte. Dado a importância da inscrição de todos os membros da família na mesma USF para ter acesso à informação clínica e documentar de forma eficiente no programa saúde da família, o vínculo já estabelecido e o receio de perder esse benefício representaram um dos principais motivos pelo qual eles nunca consideraram a possibilidade de mudar para a mesma USF.

Posteriormente, foi avaliada a classe social da família. No resultado da aplicação da escala de *Graffar* foi possível determinar que a família 2 apresenta uma posição de classe social de grau II. Embora todos os elementos do casal tenham, como origem de rendimento, a reforma, tiveram uma profissão de grau quatro e instrução de grau cinco. Além disso, vivem numa moradia com características do tipo de habitação grau três, num bom local.

Os dados colhidos sobre o edifício residencial, sistema de abastecimento e do ambiente biológico, permitiu identificar que a família tinha aquecimento elétrico, gás de botija, barreiras arquitetónicas (escadas no exterior) e dois animais domésticos (um gato de dois anos de idade que vivia no exterior da casa e um cão com dez anos de idade que vivia dentro da casa). Desta forma, foi essencial avaliar as áreas de atenção correspondentes a estes dados: precaução de segurança e animal doméstico. Em semelhança à família 1, foi verificado o conhecimento sobre o manuseamento do equipamento a gás (fogão) bem como com o gás de botija e os elementos da família demonstraram conhecimento. Além disso, na visita ao domicílio foi possível identificar a presença de escadas que, naquele momento, já era um fator dificultador de acesso à casa a todos os elementos da família, embora não fosse limitador. A D. P., embora se encontrasse reformada, foi enfermeira enquanto profissão e demonstrou conhecimento sobre estratégias de adaptação à barreira arquitetónica a nível de recursos existentes, bem como a nível económico. Em relação ao uso do aquecimento elétrico, os elementos da família utilizavam apenas na sala e referiam ter cuidado em usá-lo apenas quando estavam presentes, desligavam à noite e manifestaram a preocupação de verificar as condições do aparelho para garantir a segurança da família. Nesta perspetiva, os elementos da família demonstraram conhecimento sobre o manuseamento dos equipamentos e sobre estratégias para adaptar o edifício residencial às condições de saúde, garantindo a precaução de segurança (precaução de segurança demonstrada).

O convívio com animais domésticos pode condicionar a saúde dos elementos da família se não existirem cuidados com a vacinação, a alimentação e a desparasitação do animal (Barbosa, 2023). A *zoonose* é uma das doenças infecciosas que se desenvolve no animal e é facilmente transmitida ao ser humano através da libertação dos agentes patogénicos nas secreções dos animais ou, indiretamente, na água ou nos alimentos contaminados. Atualmente, existem mais de 200 subtipos conhecidos de *zoonoses*, sendo um deles a *toxoplasma gondii* causador da doença toxoplasmose (Barbosa, 2023; WHO, 2020a). A *zoonose* é representativa de um grande problema de saúde pública devido à constante interação entre o ser humano e os animais (WHO, 2020a). A partilha de informação sobre a doença, as complicações que podem surgir, essencialmente às pessoas com imunodepressão ou em período de gravidez, e os métodos de prevenção no processo de cuidados ao animal face à higiene do animal, a higiene do espaço que ele utiliza, à vacinação e à desparasitação, é essencial para promover saúde pública e, por conseguinte, a saúde da família (Barbosa, 2023)

Os elementos da família demonstraram conhecimento sobre a importância dos cuidados ao animal, seja no interior ou exterior da casa, para a prevenção de complicações de saúde na família por transmissão da doença feita pelo animal. Além disso, a visita ao domicílio permitiu avaliar as condições e os cuidados que a família fornecia aos animais. Desta forma, foram identificadas forças e recursos relacionados com todas as áreas de atenção da dimensão estrutural (animal doméstico não negligenciado).

De seguida, foram avaliadas as áreas de atenção da satisfação conjugal, do processo familiar e do papel prestador de cuidados, dado que a família se integrava nas características destas áreas. A satisfação conjugal, a área de atenção da dimensão de desenvolvimento, foi avaliada na consulta realizada na USF, cujo presentes eram apenas os elementos do casal. Foi realizada a atividade diagnóstica para compreender a perceção dos elementos do casal sobre a satisfação da forma como dividiram as tarefas domésticas, com o tempo que passam juntos, da forma como cada um expressa os sentimentos, a comunicação entre os elementos do casal, a interação sexual e a função sexual.

Como resultado da atividade diagnóstica, verificou-se que a D. P. estava responsável pela limpeza da casa, pela preparação das refeições e pelas compras dos bens essenciais. O Sr. J. estava responsável pelas tarefas de agricultura e de gestão financeira, no entanto, referem que, em caso de necessidade da família, ele apresentava competência para realizar as tarefas domésticas, incluindo a preparação das refeições. Ambos referiram estar satisfeitos com a divisão de tarefas. Em relação à expressão dos sentimentos, o Sr. J. identificou-se como ser a pessoa que mais expressa os sentimentos de forma impulsiva em resposta aos estímulos externos pouco favoráveis e estes eram compreendidos pela esposa. O impacto era considerado pouco favorável no momento, no entanto referiram demonstrar capacidade de comunicar sobre o assunto e encontrar uma solução (Afirmção da D. P.: “Nunca vamos dormir sem fazer as pazes!”). Por outro lado, também expressava mais sentimentos de carinho e conforto perante a esposa. Ao contrário do marido, a D. P. evitava expressar os sentimentos de imediato, seja com impacto favorável ou pouco favorável, aguardando pelo momento certo para o fazer.

Os elementos do casal não manifestaram satisfação com o tempo que passavam juntos, pois desde que o Sr. M. passou a viver com eles há quatro anos, referem existir maiores responsabilidades diárias e com horários para cumprir, restringindo o momentos que têm para passar juntos. Para eles era importante que alguém ficasse em casa para prestar os cuidados considerados essenciais ao Sr. M..

A comunicação entre os elementos do casal foi outro domínio da satisfação conjugal a ser avaliada, sendo identificada como uma força do subsistema (comunicação eficaz), pois os elementos do casal estavam satisfeitos com o padrão de comunicação, como chegavam a

acordo quando havia discordância de opinião e falavam sobre as expectativas e receios de cada um.

Em relação à sexualidade, os elementos do casal demonstraram conhecimento sobre o que era a sexualidade na sua plenitude e consideraram que estavam satisfeitos com o seu padrão da sexualidade, valorizando o afeto que existia entre eles. Não identificaram disfunções sexuais e referiram não existir a prática sexual por decisão de ambos. Manifestaram satisfação sobre esta decisão. Nesta perspectiva, a interação sexual foi considerada adequada e a função sexual não comprometida.

Desta forma, foi identificada, como necessidade, a **satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional**, pois os elementos do casal referiram ter poucos momentos juntos, algo significativo para ambos e com impacto na relação conjugal.

No sentido de realizar o plano de cuidados foi essencial conhecer as rotinas dos elementos da família. A D. P. preparava as refeições conforme as necessidades nutricionais de cada elemento da família, sendo que a refeição do Sr. M. era confeccionada de forma diferente e, por isso, exigia mais tempo na cozinha. Além disso, ela preparava a sua medicação e disponibilizava junto da refeição pronta a ser administrada. Estes cuidados exigiam rotinas de manhã e horários a cumprir para o almoço, condicionando o seu dia para poder sair com o seu marido. De forma a verificar a importância para os elementos do casal em passar mais tempo juntos, foram utilizadas questões circulares de escala para medir o grau de importância e motivação para cada um em ter este momento junto. A resposta foi entre oito a nove, ou seja, foi considerada muito importante e apresentavam muita motivação, embora existisse receio sobre as responsabilidades não serem cumpridas. Estes dados permitiram formular a hipótese: o papel prestador de cuidados poderá estar a ter impacto na satisfação conjugal no que concerne ao tempo que passam juntos.

Considerando a satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, foi desenvolvida a seguinte intervenção: planejar ritual familiar. No sentido de dar resposta a esta intervenção, foram usadas questões de intervenção sistémica, a conotação positiva e o ritual familiar enquanto atividades para concretizar a intervenção.

Dado que os elementos do casal manifestaram o receio de condicionar o bem-estar do Sr. M. no planeamento de momentos para estarem juntos enquanto casal, foi co-explorado, com recurso às questões de intervenção, como seria o impacto da atividade recreativa sobre o bem-estar do Sr. M. e que métodos poderiam ser utilizados para promover um impacto favorável. As questões lineares foram utilizadas para explorar e identificar o problema (e.g.: Têm saudades de estarem juntos?; O que podem fazer de diferente para satisfazer o desejo de estarem juntos? Que obstáculos identificam para não poderem ter momentos em casal? O Sr. M. pode ficar sozinho em casa? O que gostavam de fazer juntos?). As questões lineares

permitiram identificar que os elementos do casal gostam, como atividade, ir ao restaurante e não o faziam porque o Sr. M. não gostava sair de casa, demorava na locomoção e as refeições dele eram confeccionadas consoante as suas necessidades e os restaurantes não estavam preparados para isso. Raramente o Sr. M. fica sozinho em casa, mas quando fica, garantem que ele tem acesso ao telemóvel para telefonar quando necessário. As questões circulares comportamentais foram utilizadas com a finalidade de identificar as diferentes formas de percepção dos elementos da família sobre o efeito do comportamento no outro elemento (e.g.: Como acham que Sr. M. se sente quando fica sozinho em casa?; Como é que o Sr. M. se sente quando vocês cuidam de vocês mesmo?; Quando o Sr. M. fica sozinho em casa, o que precisam de preparar para ele sentir segurança?). As questões circulares hipotéticas permitiram formular opções alternativas que incentivassem a mudança (e.g.: Se decidissem comer fora, o Sr. M. podia comer sozinho em casa?; A comida poderia ser preparada antes? De que forma o Sr. M. poderia aquecer a comida?).

A técnica conotação positiva também foi utilizada com a finalidade de alterar uma experiência perspetivada pelos elementos do casal como negativa para uma experiência significativa que iria fortalecer a sua coesão familiar (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016). Nesta família, a experiência da alteração das rotinas levava a sentir que estavam a cometer uma falha significativa ao bem-estar do seu irmão e a conotação positiva teve como finalidade promover a motivação de dar um novo significado à experiência como sendo uma forma de alívio da sobrecarga que poderia ter impacto favorável no bem-estar emocional dos elementos do casal e, conseqüentemente, no Sr. M. por sentir esse bem-estar, promovendo a coesão familiar (Parte do vosso tempo é ajudar outros e parece-me que gostam de o fazer para promover bem-estar. Se reservarem um dia para fazerem o que gostam enquanto casal, será que iria contribuir para o vosso bem estar? Ao estarem satisfeitos poderiam sentir mais saúde e energia para ajudar os outros? Seria também um benefício para a vossa família?).

O ritual familiar permitiu formular a atividade em conjunto, enquanto casal. Consideraram que almoçar fora num restaurante perto de casa seria agradável e com o plano de confeccionar a refeição para o Sr. M., deixando numa termos junto de todos os utensílios necessário e com a medicação disponível. De forma a garantir a segurança do Sr. M., consideraram suficiente o recurso ao telemóvel que deveria estar sempre com eles para caso existisse uma urgência poderem entrar em contacto. Esta técnica de intervenção ativa é realizada com base nos valores, cultura e as crenças da família de forma que seja realizada com motivação intrínseca e seja significativa para os membros da família envolvidos (Fiamenghi, 2002). Durante a preparação do ritual familiar foram exploradas algumas hipótese de imprevistos que poderiam surgir durante a atividade em conjunto de forma a que eles concretizassem o ritual no dia planeado ou alterassem a data se o imprevisto assim exigisse.

Como resultados, os elementos do casal realizaram a atividade em conjunto como planejado, garantindo que todos os recursos disponíveis estivessem de acordo às necessidades do Sr. M. Embora não tivessem repetido o ritual no período de consultas, referiram que a experiência foi gratificante e a colaboração do Sr. M. durante todo o processo foi um fator facilitador.

Na dimensão funcional, o papel prestador de cuidados também foi avaliado dado que o Sr. M., embora considerado totalmente independente no autocuidado de higiene, vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-repouso, atividade de lazer, atividade física, gestão de regime terapêutico e auto-administração de medicamentos, a D. P. considerava importante a realização da gestão do padrão dietético e medicamentoso. Esta considerava que, embora ele não tivesse a necessidade por estar totalmente independente para as atividades de vida diária, é a forma que ela percebe que poderia promover carinho ao irmão. Os elementos do casal, enquanto prestadores de cuidados, demonstraram conhecimento sobre o autocuidado comer mas não demonstraram conhecimento sobre a auto-administração de medicamentos no que concerne à importância da estimulação da independência.

Antes de o Sr. M. viver com eles, vivia sozinho após a sua esposa falecer e o processo de luto foi difícil, promovendo o inadequado regime dietético e do regime medicamentoso. Segundo Monterroso et al. (2018), o isolamento social está estatisticamente relacionado com a baixa adesão do regime medicamentoso, podendo explicar a necessidade e segurança que os elementos da família sentiram em assumir a gestão da medicação. A família pode surgir como parceira na situação de déficit de autocuidado, como agente promotor ou executor do mesmo, como é sustentado pela teoria do déficit de autocuidado, ou seja, quando o indivíduo não é capaz de desenvolver atividades para a manutenção do seu bem-estar (Ourem, 2001, como citado em Ribeiro, 2023). No entanto, após quatro anos a viver com a irmã, o Sr. M. nunca efetuou a autogestão do regime medicamentoso e apresentou, em consulta, capacidade cognitiva, memória e percepção. Segundo Ribeiro (2023), as pessoas que têm a capacidade de realizar a gestão da medicação deverão ter essa responsabilidade, pois permite que a pessoa apresente um papel mais ativo na sua saúde, promovendo a sensação de controlo sobre a sua condição, a pessoa fica mais receptiva às recomendações dos profissionais de saúde, a personalizar o estilo de vida conforme as necessidades individuais, aumenta a autonomia na tomada de decisão sobre a sua saúde e previne a dependência gradual dos prestadores de cuidados. A estimulação da autogestão cria uma parceria colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados, facilitando a comunicação eficaz e a decisão compartilhada (Ribeiro, 2023).

Além destes dados, foi explorado sobre as atividades recreativas que os membros da família tinham. O Sr. M. permanecia quase todo o dia no seu quarto a realizar atividades no computador (essencialmente escrevia e estudava sobre história) e realizava caminhadas de curta distância no jardim e em casa. No momento das refeições, o Sr. M. ficava no seu quarto

e os elementos do casal na sala de jantar, pois manifestava sentir desconforto sobre o tempo que necessitava para terminar a refeição devido à presença de disfagia. Os momentos em que interagia com os outros membros da família ocorriam à noite, quando eles iam até ao seu quarto para conversar. O Sr. M. não referia solidão, ou seja, a experiência subjetiva de se sentir sozinho, e manifestava satisfação da forma como vivia naquele momento. Todavia, apresentava sinais de isolamento social, isto é, existe uma escassez objetiva de interações com a rede social, quer sejam amigos, membros da família ou comunidade. Como consequência, pode surgir o comprometimento cognitivo, aumento da probabilidade de depressão ou ansiedade, o sedentarismo, a maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares e de existir a sensação de insatisfação pela vida (Bezerra et al., 2020). Os elementos da família identificaram que, embora o Sr. M. apresenta-se saudável a nível cognitivo devido às várias atividades que desempenhava, observaram o declínio a nível físico (dificuldade na locomoção, aumento do receio de cair e dificuldade em subir escadas). Os elementos do casal, enquanto prestadores de cuidados, demonstraram conhecimento sobre a importância das atividades de lazer, mas manifestaram dificuldade em identificar as atividades adequadas e encontrar estratégias para motivar o Sr. M. as realizar. Nesta perspetiva, os prestadores de cuidados não promovem atividades recreativas adequadas ao membro da família.

Ainda no papel prestador de cuidados, foi essencial verificar se existia consenso, conflito e saturação do papel de prestador de cuidados. Os elementos da família referiram que todas as decisões eram tomadas com consenso entre todos e estavam satisfeitos dessa forma, não existindo conflito. Em relação à saturação, foi aplicado aos membros da família, a escala de *zarit* que teve como resultado 46 pontos e 47 pontos na escala preenchida pela D. P e pelo Sr. J., respetivamente. Este resultado significa que existia uma sobrecarga moderada a severa. Os itens permitem identificar situações que podem promover a sobrecarga, nomeadamente a diminuição de tempo que os prestadores de cuidados têm para desempenhar as suas tarefas, o aumento de tensão quando têm que prestar cuidados ao seu familiar quando têm outras tarefas para desempenhar, a situação atual que vivenciam afeta de forma negativa a relação com os seus amigos/familiares/relações sociais, a presença de receio do futuro destinado ao familiar dependente, a sensação de não ter uma vida privada como deveriam, a presença da sensação que o familiar dependente espera que sejam os únicos prestadores de cuidados com que pudesse contar e a presença da sensação que poderiam fazer mais pelo familiar dependente. Estes itens apresentaram uma cotação de três a cinco (às vezes e quase sempre, respetivamente). A D. P. e o Sr. J., manifestaram respetivamente, que nunca e quase nunca se sentiam sobrecarregados a prestar cuidados, embora o resultado da escala apresentasse que a sobrecarga já existia.

Em suma, foi identificado **saturação do papel sim**, o **conhecimento não demonstrado** e o **comportamento de adesão não demonstrado** no que concerne à estimulação da dependência para a gestão da medicação e para a promoção de atividades recreativas adequadas do membro da família. Estes dados são critérios de diagnóstico de **papel prestador de cuidados não adequado**.

Nesta perspectiva, foram realizadas as seguintes intervenções: ensinar os prestadores de cuidados sobre a importância de estimular a independência; motivar os prestadores de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente; motivar atividades recreativas do membro da família dependente; promover comunicação expressiva de emoções; promover estratégias de *coping* para o papel; explorar quais as situações geradoras de saturação.

Como atividades para concretizar as intervenções, inicialmente, foi explorado, com todos os elementos da família, sobre a importância de promover a autonomia e independência na preparação da medicação e os benefícios para o Sr. M., bem como para os restantes elementos da família. Além disso, foi co-explorado, através de questões lineares, o significado da mudança com a finalidade de promover a motivação (e.g.: O que identificam de diferente na saúde do Sr. M. nos últimos quatro anos?; As alterações que identificam o que significa para vocês?; O que consideram importante para manter a condição de saúde do Sr. M.?). As questões reflexivas permitiram criar uma nova visão sobre a importância de preparar a medicação (e.g.: Se preparasse a medicação poderia estar mais envolvido e ajudar a tomar decisões sobre a saúde junto com o resto da família?). As questões circulares hipotéticas foram utilizadas com intenção corretiva (e.g.: Se a partir da próxima semana o Sr. M. começasse a preparar a medicação como o faria?; Preparar junto com a sua irmã deixaria-o confortável?). As questões circulares comportamentais permitiram identificar o efeito do comportamento nos restantes elementos da família (e.g.: Como é que a D. P. se sentiria em o Sr. M. começar a preparar a medicação na próxima semana?; Se deixar de preparar a medicação pelo seu irmão, como isso o poderia ajudar na sua condição de saúde?).

Embora os elementos da família tenham demonstrado conhecimento sobre a importância de estimular a independência do Sr. M., reforçaram que apenas era um carinho a partilhar com o Sr. M.. (Afirmção de D. P.: “Isto é um mimo para ele. Como ele faz tudo sozinho não acho que por eu preparar a refeição e a medicação que irá prejudicar a sua saúde.”). Assim, como resultado apresentou **comportamento de adesão não demonstrado**, embora tenha demonstrado conhecimento. Nesta perspectiva, é considerado necessário realizar nova atividade diagnóstica para identificar os fatores dificultadores da mudança.

No que concerne às atividades recreativas, as atividades que concretizaram as intervenções foram as questões de intervenção sistémica e o reenquadramento. Foi co-explorado com elementos da família quais as atividades que os elementos da família gostavam de fazer em

conjunto com a finalidade de incentivar o Sr. M. a sair do quarto mais vezes e promover a interação social e atividade física. As questões lineares possibilitaram realizar essa exploração, pois permitem efetuar uma investigação sobre uma situação específica (Baptista & Teodoro, 2012). Esta atividade permitiu identificar que o Sr. M. gostava muito de agricultura e manifestava saudades, embora a condição física fosse um fator limitador para exercer a atividade da mesma maneira. Os restantes elementos da família não gostavam de agricultura mas a D. L., filha do casal, quando ia de férias para casa dos pais, gostava de jardinagem. Desta forma, foi utilizado reenquadramento com o objetivo de promover outra perspetiva do problema e tornar mais suscetível à mudança (Nichols & Schwartz, 2007) (Parece-me que o Sr. M. e a D. L. partilham o mesmo gosto, ter contacto com a terra e a natureza, correto? Vocês já demonstraram que é muito importante proporcionar o bem-estar à vossa família porque ela é importante para vocês. Se no momento que a sua sobrinha for cuidar das flores, o Sr. M. a acompanha-se e cultivasse alguns legumes para a família, sabendo que estes teriam mais qualidade comparado com os legumes do supermercado?). A questão circular hipotética permitiu explorar outras opções de realizar a atividade tendo em consideração a condição de saúde atual do Sr. M. (Baptista & Teodoro, 2012) (e.g.: Sentirá mais segurança se cultivar os legumes em vasos sobre uma mesa, com acesso a um banco e com a companhia da sua sobrinha?).

As atividades realizadas promoveram a reflexão sobre outra perspetiva que os elementos da família não tiveram até ao momento, verificando que poderiam existir outras estratégias para incentivar o Sr. M. a ter atividade de lazer no exterior e a ter mais momentos de relação com os elementos da família. No entanto, os membros da família demonstraram não ser o momento certo para a atividade, sendo uma opção aquando a visita da D. L.. Neste sentido, é essencial o enfermeiro realizar novas atividades de diagnóstico para identificar novos dados que permitam identificar os fatores facilitadores para promover a motivação do Sr. M. para atividades recreativas fora do quarto e a preparação dos membros da família a implementar estratégias para manter essas atividades.

No que concerne à sobrecarga do papel de prestador de cuidados, a aplicação da escala de *zarit* permitiu a comunicação expressiva de emoções, promover a consciencialização e a co-construção de estratégias de melhor adaptação e ajustamento à transição que estavam a vivenciar (Afirmção do Sr. J.: “Realmente tenho de dizer a verdade. Tudo o que fazemos pelo meu cunhado é com muito gosto, mas claro que condicionada a nossa vida. Não podemos fazer tudo o que queremos”). As situações geradoras de saturação foram co-exploradas e identificadas. Os elementos da família consideraram que o que gerava mais saturação foi conciliar com as atividades recreativas que tinham com as tarefas que existiam para realizar durante a prestação de cuidados, bem como as tarefas domésticas. Além disso, a prestação dos cuidados exigia cumprir horários, sentindo que não tinham a liberdade desejada para

realizar as suas atividades. Embora o Sr. M. se apresentasse totalmente independente em várias atividades de vida diárias, a sua necessidade de cumprir as refeições no quarto, rejeitar o convívio no mesmo espaço com os restantes elementos da família e a constante necessidade de incentivar o Sr. M. a comunicar com os membros da família eram situações geradoras de *stress*. Desta forma, o ritual familiar implementado como atividade para concretizar as intervenções da satisfação conjugal não mantida apresentou também como finalidade de promover estratégias de *coping* para o papel. Na continuidade de prestação de cuidados, é essencial co-explorar mais estratégias para promover a diminuição da sobrecarga do papel prestador de cuidados e aplicar novamente a escala de *Zarit* para confirmar a eficácia da intervenção do enfermeiro.

Em conclusão, os elementos da família demonstraram conhecimento em todas as dimensões do papel prestador de cuidados, contudo não demonstraram comportamento de adesão e a saturação do papel encontrava-se em moderada a severa. Desta forma, o papel prestador de cuidados encontrava-se não adequado, identificando-se a necessidade da continuidade de cuidados prestados pelo enfermeiro de saúde familiar.

Em relação à área de atenção processo familiar da dimensão funcional foi aplicado, inicialmente, a escala de readaptação social de *Holmes e Rahe* que apresentou uma classificação inferior a 150 pontos para todos os elementos da família em relação aos acontecimentos no último ano do momento da avaliação, permitindo verificar que a probabilidade de incidência de doenças associada a eventos de *stress* é muito reduzida ou nula nesta escala. De seguida, são avaliadas as dimensões do processo familiar, nomeadamente: comunicação familiar, interação de papéis, relação dinâmica e o *coping* familiar.

Os elementos da família manifestaram-se satisfeitos com a comunicação familiar. A nível emocional, embora todos os membros da família expressassem os sentimentos em tempo e forma diferente, o Sr. J. identificou-se como sendo a pessoa que expressa mais os sentimentos. A expressão dos sentimentos era considerada aceite por todos e com impacto favorável. A nível da comunicação verbal/não verbal, todos consideraram ser claros e diretos no discurso e eram capazes de expressar de forma clara quando comunicam, seja de forma verbal ou não verbal. Manifestaram estar satisfeitos com a forma como comunicam e com o impacto que tinha no sistema familiar, considerando eficaz.

Em relação à interação de papéis, consideraram que existia consenso, sem conflito ou saturação, nos diferentes papéis que desempenham, sendo uma força da família. O nível de saturação do papel foi realizado com recurso à questão circular de escala, sendo que um era sem sensação de saturação e dez era sensação de saturação extrema. As respostas variaram entre um e dois, significando que a saturação é quase inexistente no momento para os diferentes papéis.

Na relação dinâmica, os elementos da família identificavam todos os membros com igual poder e estavam satisfeitos com a influência de cada um nos comportamentos dos outros. Embora tenham considerado que existia aliança entre os elementos do casal pela partilha de muitas experiências únicas vivenciadas em conjunto, as relações entre todos tinham um importante significado e, por isso, manifestaram satisfação sobre a sua união. Por fim, foi aplicada a escala de *Apgar* e todos os membros da família classificaram-se como uma família altamente funcional (dez pontos), ou seja, quase sempre estão satisfeitos com a ajuda que recebem da família, com a forma como discutem assuntos de interesse comum, da forma como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos de cada membro, com o tempo que passam juntos e com a forma como concordam com o desejo de encarar novas atividades ou modificar o estilo de vida.

Por fim, no *coping* familiar, o Sr. J. e a D. P. eram capazes de identificar o problema e tinham iniciativa para o resolver, no entanto, embora estivessem satisfeitos com a forma como discutiam sobre os problemas, por vezes não o faziam para todos os que surgiam na família. A família estava a viver uma nova experiência desde o diagnóstico da DM tipo 2 da D. P. desde maio de 2023, sendo que existia a necessidade da adaptação e ajustamento da organização do sistema de forma a promover bem-estar e prevenção de complicações associadas. Além disso, o comportamento sedentário de todos os elementos da família poderia promover a aceleração do processo de envelhecimento e o aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações na saúde (Silva et al., 2020). Embora os membros da família tivessem identificado o problema, não falaram sobre ele e não utilizaram os recursos existentes para o resolver. Os elementos do casal consideraram muito importante e estavam muito motivados para a realização de exercício físico, mas a responsabilidade sobre as tarefas que tinham que desempenhar exigia tempo e esforço, considerando, muitas vezes, a prioridade na família na promoção de bem-estar. O Sr. M. considerava que as caminhadas realizadas em casa eram o suficiente para as suas necessidades. Contudo, a WHO (2020b) recomenda que as pessoas com mais de 65 anos de idade pratiquem exercício físico aeróbico 150 a 300 minutos de intensidade moderada a intensa ou 75 a 150 minutos por semana de intensidade vigorosa. Neste seguimento, identifica-se um fator dificultador da mudança num dos membros da família, podendo promover um impacto pouco favorável no sistema familiar devido ao aumento da sua vulnerabilidade e possíveis complicações de saúde, aumentando a probabilidade da sua dependência de terceiros noutras atividades de vida diárias (Afirmção do Sr. J.: “O meu cunhado acha que faz tudo bem. Só está a prejudicar a sua saúde! O mais cansativo é que não nos ouve!”). Neste sentido, foi identificada a necessidade de processo familiar disfuncional por ***coping* familiar não eficaz**, incentivando à realização das seguintes intervenções: promover estratégias adaptativas; negociar estratégias adaptativas.

Desta forma, as atividades para concretizar as intervenções tiveram como base as questões de intervenção sistêmica. As questões lineares permitiram identificar esses obstáculos e entender melhor o problema (e.g.: Como se sentiram ao saber do diagnóstico da DM?; Que mudanças sentiram necessidade de fazer quando souberam do diagnóstico?; Qual é a importância para vocês de realizar exercício físico para se sentirem saudáveis?). Os membros da família consideraram muito importante a prática de exercício físico na prevenção de complicações e para a promoção da saúde, no entanto, após esforço físico (após a realização de caminhadas), a D. P. sentia dores no corpo e promovia a desmotivação e, por conseguinte, a desistência. Como consequência, o Sr. J. desistia gradualmente, sentindo a necessidade de ficar em casa para também dar resposta às responsabilidades, junto da esposa. Através de questões circulares comportamentais foi possível explorar o efeito do comportamento sobre os restantes elementos da família (e.g.: Quando observam o vosso parceiro a cuidar de si mesmo, como vos faz sentir?; Se um de vocês desistir, que impacto tem nos outros membros da família?). As questões circulares hipotéticas permitiram explorar opções de forma a incentivar ações corretivas (e.g.: Se começassem a realizar exercício físico a partir da próxima semana, como o que fariam?).

Após a intervenção sistêmica, os elementos do casal consideraram que co-construir um padrão de exercício físico na família seria mais motivador. Desta forma, os elementos do casal realizaram um compromisso de realizar exercício físico durante, pelo menos, duas vezes por semana. Foi essencial trabalhar em consulta alguns obstáculos e estratégias de organização do sistema para dar resposta à necessidade. Os elementos do casal sentiram-se motivados em realizar exercício físico em conjunto, pois construíram objetivos juntos para poderem alcançar, conforme refere Medeiros et al. (2021) que a cumplicidade entre os elementos da família face às mudanças de estilo de vida têm um impacto favorável à adaptação. Embora a intervenção incluísse todos os membros da família, o Sr. M. e os elementos do casal sentiram-se em condições de saúde diferentes, sendo um fator dificultador para a prática de exercício em conjunto, pois o Sr. M. não saía de casa, manifestava dificuldade em se adaptar ao espaço exterior e não detinha capacidade motora para acompanhar os elementos de casal a uma caminhada. Desta forma, em continuidade de cuidados de enfermagem, é importante a realização de uma nova avaliação e co-construir novas estratégias de adaptação do exercício físico de gosto comum enquanto estratégia, se possível, para promover a motivação. Ainda em continuidade de cuidados de enfermagem, é essencial a colheita de mais dados para identificar todos os fatores dificultadores que estavam a desmotivar a prática de exercício físico pelo Sr. M. e os fatores facilitadores que o motivem, pois poderão existir outros dados que sejam identificados enquanto necessidade da família face ao membro da família dependente, promovendo a adaptação das intervenções de enfermagem.

Os elementos da família demonstraram conhecer que co-construir estratégias adaptativas em família permite contribuir para melhor interação entre eles, compreendendo que a saúde de um dos membros tem efeito no comportamento e na saúde dos restantes membros da família e, conseqüentemente, no funcionamento familiar. Esta consciencialização contribuiu para a motivação do comportamento de adesão aos hábitos de saúde que contribuem para a promoção da saúde.

Em suma, o processo de cuidados à família contribuiu para que a satisfação conjugal passasse a ser mantida e o processo familiar funcional. No entanto, é considerado importante, em continuidade de cuidados, promover estratégias de organização familiar de forma a diminuir a sobrecarga do papel prestador de cuidados e a prevenir uma possível crise no sistema relacionada com a dependência de cuidados num dos membros da família.

No decorrer das consultas, todos os dados dos membros da família foram importantes para o processo de cuidados à família, todavia foram também dados importantes para avaliação das necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados. Os dados individuais foram extraídos da documentação já efetuada no sistema de informação *Sclinico*.

A D. P. tinha 70 anos de idade, com licenciatura enquanto grau de escolaridade, não apresentava hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em março de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diárias. Documentado como antecedentes clínicos tinha, HTA diagnosticado em 2007, obesidade em 2018 e DM tipo II em março de 2023. Sendo que a D. P. tem diagnóstico de DM tipo 2, em março de 2023 apresentava a avaliação do risco de úlcera no pé com classificação de baixo risco. Na avaliação realizada não foram identificados fatores de risco. Uma vez que o risco é baixo, é essencial uma nova avaliação após um ano, conforme sugerido nas *Guidelines* (Schaper et al., 2023). Considerando os elementos-chave para a prevenção do desenvolvimento da úlcera, foi importante verificar a presença de conhecimento sobre o autocuidado no que concerne à autovigilância do pé de forma a eliminar ou reduzir os fatores de risco (Schaper et al., 2023). A senhora demonstrou conhecimento sobre a importância e a identificação dos fatores de riscos na autovigilância dos pés. Como regime medicamentoso, a senhora tomava amlodipina 10 mg, carvedilol 25 mg e pritorplus (telmisartan 80 mg e hidroclorotiazida 12,5).

A D. P. apresentou, em março de 2023, peso corporal de 66 kg, altura de 140 metros (dados que permitem calcular IMC de 33,6 kg/m<sup>2</sup> - resultado de obesidade classe um), perímetro abdominal de 106 centímetros que corresponde a um risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares ou metabólicas (Camolas et al., 2017), tensão arterial de 124/80 mmHg e frequência cardíaca de 60 bpm. A senhora referiu realizar a avaliação da glicemia capilar duas vezes por semana em jejum, com resultados de valores entre 75 e 110 mg/dl.

No contato com a D. P., ela referiu realizar atividades de lazer quando participava nos eventos de solidariedade pela igreja, duas horas por semana, e a restante atividade física estava relacionada com o cumprimento diário do cuidado doméstico que, segundo a senhora, se prolongava durante todo o dia. Em relação ao exercício físico, referiu que, quando se reformou, praticava *yoga* com a filha e realizava caminhadas diariamente. No entanto, já não praticava qualquer exercício, alegando que as tarefas pelo qual estava responsável ocupava todo o dia e era importante para ela garantir que nada faltasse à família. Ela demonstrou ter conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício físico e sobre o padrão de exercício saudável, bem como a consciencialização da relação do exercício físico com o controlo da glicemia, da pressão sanguínea e com o peso corporal. O significado dificultador à adesão ao exercício físico estava relacionado com o tempo que teria de dispensar, bem como as dores que provinham durante a prática. Neste sentido, foi identificada a necessidade de promover o conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício físico e melhorar o significado atribuído.

Em relação ao regime dietético, a D. P. referiu ter um padrão alimentar adequado, com ingestão de vegetais e fruta diariamente e com ingestão adequada de gorduras, sal e hidratos de carbono. Existia consumo de alimentos específicos desaconselhados, como presunto, pelo menos uma vez por semana. A maior dificuldade transmitida pela cliente foi garantir o consumo de ingestão de água adequada durante o dia, bebendo, por vezes, 500 ml por dia. Estes dados permitiram formular o diagnóstico de potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime dietético.

Em março de 2023, a D. P. foi diagnosticada com DM tipo 2, e por isso, foi avaliado se a transição saúde/doença estava completa. Foi identificado como forças o conhecimento sobre a doença devido à experiência enquanto enfermeira e por vivenciar a doença no sistema familiar, o seu marido. Ela demonstrou conhecer a doença e as suas complicações, bem como as mudanças que deveria fazer para procurar alcançar a saúde. Referiu aceitar a doença dado que existia estratégias para promover a saúde. No entanto, não tinha motivação de procurar estratégias para promover essa mudança. No seguinte quadro, são apresentados os diagnósticos formulados para a D. P..

QUADRO 3: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. P. da família 2

Domínio	Diagnósticos de enfermagem
Autogestão do regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício
Autogestão de regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Após a formulação dos diagnósticos, foi construído um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas da D. P.. Neste sentido, são selecionadas as intervenções referentes ao domínio autogestão do regime de exercício (ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico, ensinar sobre ajuste do exercício físico de acordo com resultados de autovigilância, avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício, assistir cliente a analisar o significado dificultador) e ao domínio da autogestão do regime dietético (ensinar sobre estratégias para aumentar a ingestão de líquidos).

No sentido de dar resposta às necessidades identificadas da D. P., foi realizada uma entrevista motivacional, pois esta atividade permite intensificar a motivação intrínseca através da resolução autónoma de um conflito de ambivalência (Fuentes, 2019; Muñoz-flórez & Cortés, 2016), isto é, resolver o sentimento paradoxo de que a D. P. manifestou de que é importante promover a sua saúde e, ao mesmo tempo, não quer porque é importante esse tempo para promover os cuidados à família. Os dados colhidos permitem definir a fase que a senhora se encontra, nomeadamente na fase de contemplação, ou seja, encontra-se consciente sobre o problema e compreende as complicações envolvidas, mas não se sente pronta para efetuar a mudança e ainda não tem certeza se deseja fazê-lo, demonstrando incompetência para o efeito (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020). Esta entrevista tinha como objetivos: promover desequilíbrio entre argumentos de ambivalência de realizar exercício físico e a gestão do tempo para promover os cuidados à família; promover o conhecimento da cliente sobre os benefícios da mudança; evidenciar os riscos da não mudança; ajudar a D. P. a adequar estratégias adequadas, acessíveis e exequíveis.

No decorrer da entrevista, foram realizadas outras atividades que permitissem medir a motivação e a importância da mudança, bem como promover a motivação, nomeadamente as questões de intervenção e a conotação positiva. Foram utilizadas questões de escala que permitiram medir a opinião sobre a importância e a motivação numa escala de um a dez, sendo que a D. P. classificou a sua motivação em sete e a importância em nove. As questões reflexivas permitiram promover novas visões sobre o benefício da prática de exercício físico (e.g.: Quando pensa na sua saúde, o que a mais preocupa?; Será que aumentar gradualmente a intensidade do exercício físico poderá ajudar a adaptação do corpo e diminuir as dores que refere?; Se as dores não passarem, poderá ser outro problema de saúde que ainda desconhece ou o exercício não ser o mais adequado?). As perguntas circulares comportamentais permitiu refletir sobre o efeito da prática do exercício físico nos restantes membros da família (Praticar exercício físico poderá ser um incentivo aos restantes membros da família a seguir o mesmo exemplo e também cuidarem da sua saúde?) (Baptista & Teodoro, 2012). A conotação positiva teve como finalidade fortalecer a relação da prática do exercício físico e o bem-estar da família, incentivando o desequilíbrio sobre a ambivalência e identificar benefícios na

mudança a nível individual (A prática de exercício físico poderá fortalecer a mente e o corpo, concorda? Como isso pode promover saúde e fortalecer o ambiente familiar? Como isso a faz sentir?) (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016).

No final da entrevista a cliente compreendeu a ambivalência e identificou uma força que a motivou a desenvolver um plano para a mudança (Afirmção da D. P.: “Falar desta forma sobre o assunto e até criarmos um compromisso é mais motivador a praticar exercício físico!”). Neste momento surgiu a fase de preparação onde foi preparado como, onde, quando e com quem iria realizar a atividade. No final das consultas, a D. P. manteve o compromisso de realizar caminhadas durante 30 minutos de intensidade moderada, inicialmente duas vezes por semana e, gradualmente, foi passando a fazer diariamente. Nas duas vezes por semana ia com a companhia do seu marido. Este resultado permitiu identificar que a D. P. passou para a fase de ação, pois colocou em prática o plano. Em continuidade de cuidados, é essencial manter-se na fase da manutenção, ou seja, manter o comportamento desejável e manter-se consciente dos obstáculos que podem surgir ao longo desta fase, evitando a recaída (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020). Durante este processo foi essencial a parabenização sobre a mudança com a finalidade de manter a motivação e incentivar a permanecer o comportamento saudável.

No que concerne ao Sr. J., tinha 67 anos de idade, com 12º ano enquanto grau de escolaridade, não apresentava hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em março de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diárias. Documentado tinha, como antecedentes clínicos, HTA diagnosticado em 2007, DM tipo 2 em março de 2007 e obesidade em 2011. Sendo que o Sr. J. tem diagnóstico de DM tipo 2, em março de 2023 apresentava a avaliação do risco de úlcera no pé com classificação de baixo risco. Na avaliação realizada não foram identificados fatores de risco. Uma vez que o risco é baixo, é essencial uma nova avaliação após um ano, conforme sugerido nas *Guidelines* (Schaper et al., 2023). O senhor demonstrou conhecimento sobre a importância e a identificação dos fatores de riscos na autovigilância dos pés. Como regime medicamentoso, tomava alopurinol 300 mg, carvedilol 25 mg, lercanidipina 20 mg, xigduo (metformina 1000 e dapagliflozina 5 mg) e metformina 1000 mg.

O Sr. J. apresentou, em março de 2023, peso corporal de 100 kg, altura de 176 metros (dados que permitem calcular IMC de 32,2 kg/m<sup>2</sup> - resultado de obesidade classe um), perímetro abdominal de 116 centímetros que corresponde a um risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares ou metabólicas (Camolas et al., 2017), tensão arterial de 140/80 mmHg e frequência cardíaca de 57 bpm. O senhor referiu realizar a avaliação da glicemia capilar duas vezes por semana em jejum, com resultados de valores entre 130 e 220 mg/dl.

Sendo que o Sr. J. refere valores correspondentes a hiperglicemia, o exercício físico está intimamente relacionado com os níveis de glicose no sangue. Durante a prática de exercício as células musculares têm uma maior capacidade de captar glicose da corrente sanguínea, o que leva a uma redução nos níveis de açúcar no sangue. Além disso, o exercício regular pode melhorar o controle dos valores da glicemia a longo prazo, principalmente em pessoas com DM tipo 2, e muitas vezes, leva à redução da necessidade de medicamentos. Em geral, o exercício aumenta a sensibilidade à insulina, permitindo que as células usem a insulina de forma mais eficaz para a captação de glicose. No entanto, a resposta individual ao exercício pode variar, e é importante que as pessoas com DM desenvolvam um plano de exercícios adequado com orientação profissional e monitorem os seus níveis de glicose sanguínea regularmente para fazer ajustes necessários (Silva et al., 2020). O Sr. J. referiu que estava inscrito no centro desportivo para a prática de hidroginástica duas vezes por semana, mas já não frequentava há dois meses, justificando-se com as inúmeras tarefas a desempenhar. No entanto, considerou que as tarefas eram justificações pouco plausíveis, dado que a sua saúde também era importante. A diminuição do índice glicémico após a prática de exercício físico está sempre presente, embora seja mais notória quando a prática tem intensidade moderada a elevada. A natação e a hidroginástica é uma prática de exercício físico que promove o controlo da glicemia (Silva et al., 2020). O significado atribuído ao exercício não foi dificultador, sendo que se manifestou motivado à mudança e considerou ser muito importante. Neste seguimento, foram formulados os diagnósticos de enfermagem referentes ao domínio hiperglicemia e autogestão do regime de exercício físico (Quadro 4).

QUADRO 4: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. J. da família 2

Domínio	Diagnósticos de enfermagem
Hiperglicemia	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia
Autogestão do regime de exercício físico	Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão de exercício saudável

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Após a formulação dos diagnósticos, foi construído um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas do Sr. J.. Neste sentido, são selecionadas as intervenções referentes ao domínio hiperglicemia (ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre regime de exercício, ensinar sobre complicações da hiperglicemia, ensinar sobre prevenção de hiperglicemia, analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da glicemia, contratualizar com cliente experiência indutora da

conscientização, assistir o cliente a analisar os valores de glicemia) e ao domínio da autogestão do regime de exercício físico (ensinar sobre exercício físico, ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico).

A atividade desenvolvida para dar resposta à necessidade do Sr. J. também foi a entrevista motivacional. O Sr. J. apresentou episódio de recaída quando deixou de realizar exercício físico, sendo que as tarefas que desempenhava no momento tornaram-se mais importantes e desmotivou a prática de exercício físico. Todavia, apresentou-se consciente sobre a necessidade face à sua vulnerabilidade no momento e identificou implicações da não mudança, estando na fase de preparação, ou seja, uma fase onde ele poderá assumir um compromisso após elaborar um plano para a ação. A entrevista teve como objetivos: ajudar o cliente a encontrar uma estratégia de mudança aceitável, apropriada e efetiva; analisar o nível de comprometimento para a mudança, definir objetivos com o cliente na elaboração do plano para a mudança; promover a fase de ação e implementação da mudança. Sendo que o senhor se manifestou muito motivado, classificando a sua motivação em oito numa questão de escala de um a dez, no decorrer da entrevista foi co-elaborado um plano para ele retomar a sua prática. A questão hipotética foi utilizada com a finalidade com intenção corretiva, promovendo uma mudança em determinada direção com recurso à exploração opções e ações alternativas (Baptista & Teodoro, 2012) (e.g.: Se na próxima semana retomasse as aulas de hidroginástica, o que teria que modificar nas suas tarefas de forma a que fosse possível ir?; Se começar a chover e estiver frio, sentiria necessidade de evitar sair de casa para ir à aula?) (Baptista & Teodoro, 2012).

A entrevista motivacional realizada em primeiro lugar com a esposa, durante a consulta, foi identificada como um fator incentivador para o Sr. J., ou seja, a esposa procurar promover a sua própria saúde teve impacto na motivação do Sr. J. fazer o mesmo, demonstrando interesse em acompanhá-la duas vezes por semana na caminhada, bem como ir às aulas de hidroginástica. No final da entrevista, foi elaborado o compromisso da prática de exercício físico após uma semana da consulta e devidamente preparado como iria, com quem iria, quando iria, onde iria praticar o exercício, que exercício iria praticar e que estratégias iria utilizar em caso de situações inesperadas acontecerem, como a visita da filha, a marcação de uma consulta inesperada, a necessidade de ir às compras ou em caso existisse um estado climático desfavorável.

Como resultado, o senhor manteve a prática de exercício físico durante todo o período de consultas e demonstrou capacidade de adaptar estratégias para garantir a prática de exercício. Em continuidade de cuidados, é essencial realizar a monitorização da fase de manutenção, identificar fatores dificultadores de manter comportamentos saudáveis e incentivar a promoção de iniciativas e adequar estratégias para consolidar a mudança alcançada de forma a evitar nova recaída.

Outro membro da família alvo de avaliação de enfermagem foi o Sr. M.. O cliente tinha 84 anos de idade e com o quarto ano de escolaridade. Não estava inscrito na USF, sendo só era possível ter acesso a alguma documentação. Referiu cumprir o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação. Não apresentava hábito de consumo de tabaco, embora tenha referido história de consumo de tabaco com cessação em 2015. Bebia um copo de vinho todas as refeições e colocava duas colheres de açúcar. Em documentação foi possível ter acesso ao resultado da escala de *Barthel* realizada em janeiro de 2023, com 100 pontos que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diária. O senhor tinha antecedentes de cancro nas cordas vocais, HTA, depressão e disfagia secundário a fator emocional e, enquanto medicação, tomava losartan 100 mg com hidroclorotiazida 12,5 mg, atorvastatina 10 mg, sertralina 25 mg e alprazolam 0,5 mg. Não foi possível a confirmação destes dados com a documentação clínica. O Sr. M. apresentou, em maio de 2023, peso corporal de 75 kg, altura de 177 metros (dados que permitem calcular IMC de 23,9 kg/m<sup>2</sup> - resultado de referência para peso normal) (Camolas et al., 2017), perímetro abdominal de 104 centímetros, tensão arterial de 140/88 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm.

Em consulta com o Sr. M. foi possível compreender que foi submetido a vários exames para formular um diagnóstico que justificasse a disfagia e foi identificado que se trata de disfagia secundária a um fator emocional, pois ele refere ansiedade no momento das refeições, agravando quando as realiza na presença de outras pessoas. Segundo Nunes et al. (2020), o risco de desenvolver disfagia aumenta com o processo de envelhecimento e a adaptação pode ser acompanhada com sentimentos de frustração, vergonha, desânimo e constrangimento durante as refeições. Desta forma, a família, além de adequar a consistência adequada dos alimentos e líquidos à sua condição de saúde, determinou como estratégia de conforto do mesmo, o Sr. M. realizar as refeições no quarto. Segundo o Sr. M. e os prestadores de cuidados, estas estratégias promoveram uma deglutição sem comprometimento e, por conseguinte, a anulação de episódios de ansiedade.

O Sr. M. referiu maior dificuldade na marcha e maior medo em cair, essencialmente no exterior da casa ou em espaços desconhecidos. A força muscular diminui durante o processo de envelhecimento e está associada a problemas na forma como uma pessoa caminha, alteração do equilíbrio, o risco aumentado de quedas e aparecimento de lesões traumáticas, promovendo, por conseguinte, a redução na capacidade de realizar atividades de vida diária. O exercício físico leva a várias mudanças no corpo, tanto em termos fisiológicos quanto metabólicos, que permitem que as pessoas idosas mantenham a sua independência e capacidade de realizar as atividades à medida que envelhecem (Caldas, 2019; Nascimento, 2019). O Sr. M. referiu realizar caminhadas diárias na sala de estar, numa área pequena, com intensidade baixa e durante 30 minutos. O regime de exercício físico não se encontrava de

acordo com as recomendações da WHO (2020b) e o Sr. M. manifestava alterações motoras que estavam a comprometer o seu bem-estar, demonstrando a ausência de consciencialização sobre a situação (Afirmção do Sr. M.: Eu faço exercício todos os dias e acho que eles também deviam seguir o meu exemplo. Eu não preciso de fazer mais nada!). O significado atribuído ao exercício físico foi considerado não dificultador, pois ele considerava importante para a sua saúde. Desta forma, foi identificada a necessidade de melhorar o conhecimento sobre o padrão de exercício saudável e a autogestão do regime de exercício de forma a promover envolvimento e interesse na mudança. Em relação ao comprometimento do equilíbrio, o Sr. M., bem como os prestadores de cuidados, demonstraram conhecimento sobre os fatores promotores de quedas no domicílio para as prevenir.

A gestão da medicação e da alimentação era realizada pela sua irmã e, por isso, foi considerado essencial promover o conhecimento e a consciencialização sobre a importância da autogestão do regime medicamentoso. Embora seja a irmã a confeccionar as refeições, o Sr. M. tinha a capacidade de decidir sobre o consumo de açúcar e do álcool e, por isso, foi formulado o diagnóstico de enfermagem: potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável e potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético. No quadro 5 são apresentados os diagnósticos de enfermagem formulados por domínio, conforme descritos anteriormente.

QUADRO 5: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. M. da família 2

Domínio	Diagnósticos de enfermagem
Equilíbrio dinâmico	Equilíbrio dinâmico comprometido.
Autogestão de regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão de exercício saudável Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício
Autogestão de regime medicamentoso	Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso
Autogestão de regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Após a formulação dos diagnósticos, foi construído um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas do Sr. M. Neste sentido, são selecionadas as intervenções referentes ao domínio equilíbrio dinâmico (avaliar evolução do equilíbrio dinâmico), ao domínio autogestão de regime de exercício (ensinar sobre exercício físico, ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico, ensinar sobre padrão de exercício

saudável através de informoterapia, avaliar evolução do conhecimento sobre padrão de exercício saudável, ensinar sobre autogestão do regime de exercício, ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico), ao domínio da auto gestão do regime medicamentoso (assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso, ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso, avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso) e do domínio da autogestão do regime dietético (ensinar sobre abuso do álcool, ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre a relação entre o abuso de álcool e medicação, ensinar sobre dieta restrita em energia).

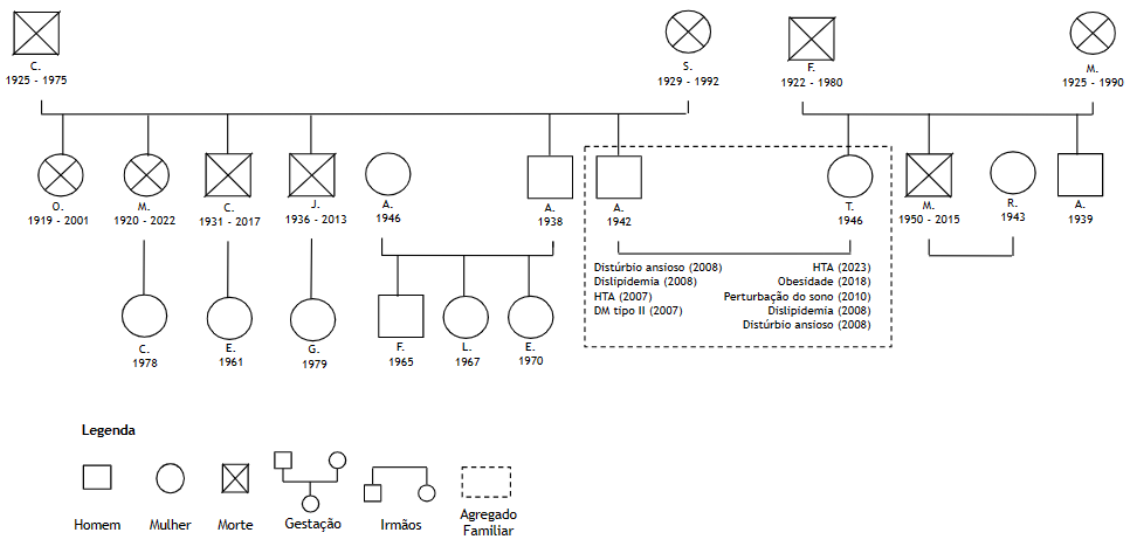
No decorrer das consultas foi possível a colheita de dados, no entanto, não existiu oportunidade para desenvolver atividades no sentido de dar resposta às intervenções selecionadas para o plano de cuidados. Desta forma, em continuidade de cuidados, é importante a elaboração da entrevista motivacional, pois o cliente encontra-se na fase de pré-contemplação em relação ao regime de exercício físico, ou seja, não reconhecia que existia um problema associado ao comportamento atual e não tinha intenção de mudar, podendo aceitar os riscos associados por se encontrar em negação (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020). Neste sentido, poderá ser promovida a consciencialização através do ensinamento sobre o padrão de exercício físico saudável com recurso a folhetos informativos ou outros documentos elegíveis, uma vez que o Sr. M. manifestou apreciar a leitura e a aprendizagem, e por conseguinte promover a modificação do nível de competência face à autogestão do regime de exercício. A entrevista motivacional poderá promover o envolvimento e o interesse no processo de mudança, surgindo o potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea e o potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade. A mesma atividade poderá ser um método igualmente eficaz para o regime medicamentoso e dietético. No que concerne ao regime medicamentoso o cliente demonstrou estar na fase de contemplação, pois reconhece a importância da autogestão e, por outro lado, não quer fazer a mudança porque se sentia bem por saber que a irmã preparava a sua medicação com prazer, ou seja, existiu um estado de ambivalência. Em relação ao regime dietético, encontrava-se na fase de pré-contemplação, pois não identificava problema na saúde em acrescentar, diariamente, açúcar ao vinho.

No decorrer das consultas, os elementos da família demonstraram satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados, reconhecendo que o funcionamento da família tem influência no bem-estar de todos os seus membros, bem como a saúde de cada elemento tem efeito na família como um todo.

### Família 3

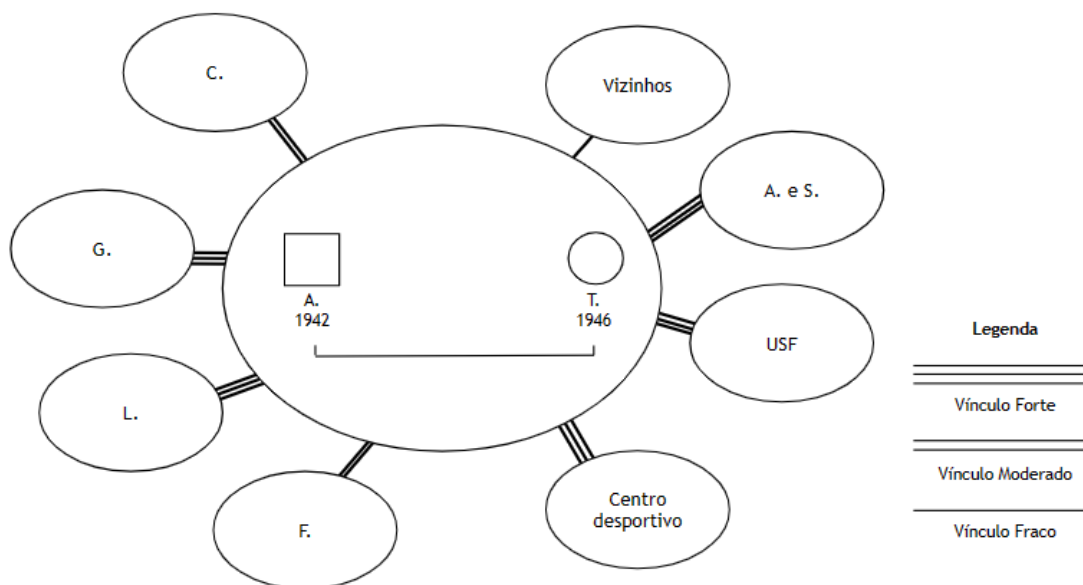
O contato com a família 3 aconteceu num total de três consultas e com duração média de 30 minutos na USF. De forma a caracterizar a família, é apresentado, na figura 7, o genograma que tem como a finalidade de conhecer a estrutura familiar. O sistema familiar, alvo de cuidados de enfermagem, encontra-se assinalado com um retângulo tracejado.

FIGURA 7: Genograma da família 3



O microsistema é constituído por um casal, o Sr. A. e a D. T., com 81 e 77 anos de idade, respetivamente. Em relação à família extensa, ambos têm um irmão que mantém relação com um vínculo moderado, nomeadamente o Sr. A, irmão do Sr. A., e o Sr. A, irmão da D. T.. A D. T. referiu não ter sobrinhos, ao contrário do Sr. A. que referiu ter seis sobrinhos. Na figura 8, é apresentado o ecomapa da família 3 com os sistemas mais amplos com os quais têm um vínculo relacional.

FIGURA 8: Ecomapa da família 3



Os elementos do casal afirmam ter um vínculo forte com suas sobrinhas, D. G e D. L., mantendo contato quase diário, tanto por telefone quanto pessoalmente. Eles expressam que recebem apoio emocional, desfrutam da companhia social e beneficiam da orientação proporcionada por meio de conselhos. Aos restantes sobrinhos do Sr. A, nomeadamente o Sr. F. e D. C., eles mencionam manter um vínculo moderado e estabeleciam contato mensal através do telefone. Estes familiares têm como função companhia social e orientadora através de conselhos.

Além da família extensa, os elementos do casal indicam a presença de sistemas mais amplos com os quais manifestam ter um vínculo. Referem que têm um vínculo fraco com os vizinhos, com contacto quase diário e pessoal e com função de companhia social. Referem também a existência de um casal amigo, com vínculo forte, que têm contacto semanal por via telefone, bem como pessoalmente com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos. Manifestaram ainda um vínculo forte com a USF que têm consultas periódicas para vigilância e orientação face à sua saúde e também com um centro desportivo que frequentam juntos duas vezes por semana.

A família 3 apresenta uma posição social de grau III, sendo que os elementos do casal têm o quarto ano de escolaridade e encontram-se reformados. A reforma está classificada como grau quatro da escala de *Graffar*, demonstrando a necessidade de uma avaliação mais profunda no âmbito da área de atenção rendimento familiar. Os elementos do casal demonstraram conhecimento e competência na gestão das necessidades básicas da família com recurso apenas ao rendimento da família daquele momento, não necessitando de apoios. Desta forma, o rendimento familiar foi considerado não insuficiente.

A família vivia numa moradia com condições características do tipo de habitação grau três, com água potável, e referiram utilizar um aquecedor a gás. No exterior da moradia tinham escadas que, naquele momento, não funcionavam como uma barreira arquitetónica, no entanto, demonstraram conhecer outras opções existentes para prevenir que se tornasse uma barreira num futuro. Além disso, a família vivia na moradia com um animal de estimação, um cão com seis anos de idade. Considerando estes dados, foi essencial realizar uma avaliação mais aprofundada sobre a precaução de segurança e animal doméstico conforme foi realizado na família 2. Os elementos da família referiram os cuidados essenciais para garantir a sua segurança face à utilização do aquecimento a gás, bem como o manuseamento do gás de botija. Ainda demonstraram conhecimento e cuidados essenciais no cuidado ao animal doméstico.

Os dados colhidos permitiram identificar recursos e forças no âmbito da constituição familiar, nos vínculos relacionais com os sistemas mais amplos e na dimensão estrutural, mais especificamente, no rendimento familiar não insuficiente, no edifício residencial seguro e não negligenciado, precaução de segurança demonstrada, abastecimento de água adequado e animais doméstico não negligenciado. Nos três momentos de contacto com a família foi possível avaliar a satisfação conjugal da dimensão de desenvolvimento e o processo familiar da dimensão funcional, mais especificamente a comunicação familiar, a interação de papéis e o *coping* familiar.

Na área de atenção satisfação conjugal, foram avaliadas todas as dimensões, na mesma atividade diagnóstica que o processo familiar, mais especificamente sobre a interação de papéis e a comunicação familiar. No que concerne à relação dinâmica (satisfação conjugal) e interações de papéis (processo familiar), os elementos do casal referiram que a divisão das tarefas era feita entre eles, sendo que o papel de cuidado doméstico, de parente e recreativo era da D. T. e o papel de gestão financeira e o cuidado com a agricultura era do Sr. A.. Ambos manifestaram-se satisfeitos com a divisão, com consenso, sem conflito ou saturação do papel. Além disso, manifestaram que a comunicação entre eles era satisfatória a nível emocional (sentiram-se satisfeitos e aceitavam a forma como cada um expressa as emoções e com o impacto nos membros da família era favorável), verbal/não verbal (referiram serem claros e diretos no discurso) e circular (manifestaram satisfação com o padrão de comunicação, da forma como se comunicava e com o impacto na família que foi considerado favorável). Além disso, referiram falar sobre receios que sentiam e quando os elementos do casal discordavam sobre uma opinião referiram conseguir chegar a consenso. Ainda na relação dinâmica da área de atenção satisfação conjugal, os membros do casal referiram estarem satisfeitos com o tempo que passam juntos, principalmente desde que se encontram reformados. Estes dados permitem verificar que apresenta relação dinâmica não disfuncional da satisfação conjugal,

interação de papéis eficaz e não conflitual do processo familiar e comunicação eficaz na área de atenção satisfação conjugal e processo familiar.

Na satisfação conjugal também foram avaliados as dimensões interação sexual e a função sexual. Foi realizada uma atividade diagnóstica para avaliar o conhecimento dos elementos do casal sobre a sexualidade e se estavam satisfeitos com o seu padrão. Inicialmente os elementos do casal foram abordados sobre o interesse e conforto para abordar o tema. Eles manifestaram interesse e referiram que apenas nunca falaram sobre o assunto por achar que é um insulto iniciar essa conversa com os profissionais de saúde. Embora os profissionais de saúde tenham formação não é suficiente para tornar fácil abordar o assunto, levando as pessoas a crer que é um assunto tabu e reforça as crenças sobre ser normal um processo de envelhecimento assexuado (Bevilaqua et al., 2019; Magalhães et al., 2021).

Segundo Bevilaqua et al. (2019) e Paulino et al. (2022), a sexualidade é habitualmente generalizada pelo ato sexual por não existir compreensão sobre a diferenciação entre o sexo e a sexualidade, o que se confirmou sobre o conhecimento dos elementos do casal sobre a sexualidade, pois abordaram de imediato que o Sr. A tem desejo sexual para o ato e o comprometimento da função sexual não lhe permitiam concretizar o ato coital com sucesso, levando-os a desistir de tentar. Além disso, a D. T. manifesta que fica satisfeita quando o marido está bem e referiu que, sendo mulher, é normal não ter desejo sexual, uma crença associada à sexualidade e ao sexo conforme relata Bevilaqua et al. (2019) que existe o preconceito da pessoa idosa ser considerada assexuada, promovendo a que esta internalize o discurso e não vivencie a sua sexualidade. O Sr. A fez a comparação que antes era diferente e melhor e sentem frustração com as experiências atuais. Segundo Bevilaqua et al. (2019) as pessoas idosas referem o ato como a necessidade de existir a penetração e esse discurso origina sentimentos de frustração devido às lembranças de experiências que tiveram enquanto jovens. Neste contexto, identificou-se as necessidades **interação sexual não adequada** e a **função sexual comprometida**. Os elementos do casal mencionaram que essa era uma necessidade difícil de satisfazer e que, naquele momento, consideravam-na uma prioridade.

Com base nas necessidades demonstradas pelos elementos do casal, foi realizado um plano de cuidados com as seguintes intervenções: ensinar sobre a sexualidade; motivar atividades em conjunto; ensinar sobre estratégias não farmacológicas para satisfazer o desejo sexual; incentivar a consulta médica.

Ensinar aos elementos do casal sobre a sexualidade foi considerado como prioritário para a possível reflexão que poderia existir satisfação entre eles, sendo que a sexualidade não é apenas o ato coital mas também a vivência do prazer através do toque, do beijo, do abraço, das fantasias, das massagens, das atitudes e entre outros (Magalhães et al., 2021). Desta forma, as atividades que concretizaram as intervenções foi a utilização de questões de

intervenção sistêmica. As questões lineares foram utilizadas com a finalidade de investigar o problema e colher informações claras e concisas sobre como os elementos do casal vivenciam a sua sexualidade. Além disso, permite que os elementos do casal consigam também identificar o problema (e.g.: Quais foram os momentos em conjunto mais significativos onde vivenciaram a vossa sexualidade?; Quais são as vossas preocupações comuns relacionadas à sexualidade?; Que estratégias utilizaram para manter uma vida sexual satisfatória?). As questões reflexivas permitiram a reflexão sobre experiências vividas e explorar sentimentos e reações daí resultantes (e.g.: Como se sentem quando não conseguem ter ato sexual?; A procura de vivenciar as experiências anteriores da mesma forma conseguem despertar o prazer agora?). Através de uma questão circular de escala foi possível medir a importância para eles vivenciarem a sua sexualidade em conjunto e o quanto estariam interessados na mudança (e.g.: De um a dez, em que um é pouco importante e dez é muito importante, o quanto é importante para vocês viver a sexualidade em conjunto?). A resposta da D. T. à questão de escala foi um três, ao contrário da resposta do Sr. A. que foi um oito. No sentido de a D. T. refletir sobre a sua resposta a importância de ela mesma também usufruir do prazer e não ser apenas sentir obrigação de satisfazer o marido, foram usadas as questões reflexivas para incentivar a construção de novas visões sobre a importância e direito de vivenciar a sua sexualidade (e.g.: Quando recebe um abraço, um beijo ou até um elogio sobre si, será que a fará sentir desejada e especial?; No momento que vivenciam a vossa intimidade, dizer-lhe que é uma mulher bonita como a fará sentir?) (Baptista & Teodoro, 2012).

Enquanto atividade, foi explorado o que gostavam de realizar em conjunto no momento da sua intimidade. Ambos referiram que antes utilizavam como estratégia a utilização de conteúdo explícito de atividade sexual em conjunto e, sendo que a sua utilização em casal associado a uma comunicação eficaz pode ter um efeito satisfatório a nível conjugal e sexual, foi sugerido realizar a sua utilização como uma atividade em conjunto (Willoughby & Leonhardt, 2020). De forma a preparar os elementos do casal para este momento, foi co-preparado como iriam assistir, onde iriam assistir, quem iria ter iniciativa, em que semana poderiam ter este momento em conjunto e o que podiam fazer durante a atividade.

Além desta atividade, foram utilizadas questões hipotéticas para criar situações possíveis com o objetivo de incentivar uma tomada de decisão e mudança de comportamento para a procura de orientações médicas (e.g.: Como se sentiria se no momento do ato sexual tivesse uma ereção?) e as perguntas circulares comportamentais foram aplicadas de forma a que os elementos refletissem sobre a importância de esclarecer as suas dúvidas com a médica de família sobre métodos farmacológicos para a disfunção erétil e o efeito que isso teria a nível individual e na dinâmica conjugal, sendo que referiram ter uma importância significativa

(e.g.: Como se sentiria a sua esposa se tivesse uma ereção no momento?; Considera que ter ereção no momento que desejaria iria promover prazer à sua esposa também?).

Na última consulta foram avaliados os resultados após a implementação das atividades que concretizam as intervenções. Os elementos do casal referiram que não realizaram a atividade, pois sentiam que já não eram as mesmas pessoas e que se tinham que conformar com a nova realidade. Segundo Bevilaqua et al. (2019) e Magalhães et al. (2021), existem vários fatores inibitórios sobre a sexualidade na pessoa idosa a nível biológico, social, ambiental, patológico e entre outros. As pessoas idosas são vítimas de preconceitos face à vivência da sua sexualidade que levam a que elas se conformem, evitando ter relações sexuais e evitar novas estratégias (Magalhães et al., 2021). Nesta perspetiva, seria importante explorar com os elementos do casal quais são os fatores inibitórios que impedem satisfazer as suas necessidades de forma a co-construir estratégias para contornar os obstáculos sentidos por eles. A sexualidade no idoso é cada vez mais estudada e os resultados contrariam os estereótipos vinculados à ideia de que o processo de envelhecimento é uma fase assexuada (Magalhães et al., 2021). A enfermagem de saúde familiar pode promover a mudança através de atividades transformativas, promovendo a educação para a saúde ao casal e à pessoa idosa (Falkenberg et al., 2014, como citado em Magalhães et al., 2021). Desta forma, a satisfação conjugal não é mantida por **interação sexual não adequada** e por **função sexual comprometida**, uma necessidade ainda sentida pelos elementos do casal, alvo da continuidade de cuidados do enfermeiro de saúde familiar.

Na avaliação da área de atenção processo familiar, foi aplicado a escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* que teve como resultado como resultado 39 pontos (problemas sexuais) para ambos os elementos da família que significa que a probabilidade de incidências de doenças é nula ou muito baixa, pois a cotação é inferior a 150 pontos. Além desta escala, foi aplicada a escala de *Apgar* que teve como resultado uma família altamente funcional, com uma cotação de oito e dez do Sr. A. e da D. T, respetivamente. O Sr. A. referiu, em escala, algumas vezes no item um (satisfação com a ajuda que recebe da sua família sempre que algo o preocupa) e no item dois (a família concorda com o desejo de encarar novas atividades ou modificar o estilo de vida). O membro considerado com maior influência foi o Sr. A. e ambos manifestaram estar satisfeitos sobre a influência que existia de cada um nos comportamentos do outro. Nesta perspetiva, a relação dinâmica do processo familiar foi identificada como não disfuncional.

De seguida, foi avaliado o *coping* familiar da área de atenção processo familiar. Os elementos do casal consideraram que o Sr. A. era a pessoa que identificava os problemas e tinha iniciativa para os resolver. Quando existia um problema na família, conversavam sobre ele e estavam satisfeitos da forma como o faziam, pois consideravam que tinham comunicação eficaz. Em experiências anteriores, referiram estratégias para dar solução aos problemas no

sistema familiar (Afirmção do Sr. A.: “Há uns meses tivemos um acidente de carro e foi um problema porque ficamos sem carro uns tempos e não tínhamos como ir às compras. A nossa sobrinha emprestou o dela até arranjarmos o nosso!”), ou seja, recorreram aos recursos externos ao sistema (família extensa) e procuraram satisfazer as suas necessidades. Em relação ao diagnóstico de HTA em março de 2023 realizado à D. T., referiram não ter existido alteração nos hábitos de vida e, por isso, não foi considerado um problema no momento, pois não se encontrava a gerar uma crise no sistema familiar, sendo importante avaliação e intervenção aos membros da família. Nesta perspetiva, foi identificada uma força da família, o *coping* familiar eficaz.

Em suma, a avaliação da família 3 permitiu identificar as necessidades relacionadas com a satisfação conjugal não mantida por interação sexual não adequada e função sexual comprometida. Embora a intervenção de enfermagem tenha promovido mudança no conhecimento sobre a sexualidade e as possíveis formas de a vivenciar, não existiu comportamento de adesão à experiência de vivenciar na sua plenitude, necessitando da continuidade de cuidados, pois os elementos do casal manifestaram não estar satisfeitos. Além disso, a adequação do estilo de vida relacionado com o padrão de alimentação e do regime medicamentoso dos membros da família para a promoção de saúde poderá gerar uma crise no sistema, podendo ser necessário uma nova avaliação do *coping* familiar após avaliação e intervenção aos membros da família.

No decorrer das consultas, todos os dados dos membros da família foram importantes para o processo de cuidados à família, todavia foram também dados importantes para avaliação das necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados. Os dados individuais foram extraídos da documentação já efetuada no sistema de informação *Sclinico*.

A D. T. tinha 77 anos de idade, com o quarto ano de escolaridade, não apresentava hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em abril de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diária. Documentado tinha, como antecedentes clínicos, HTA desde março de 2023, obesidade diagnosticada em 2018, perturbação do sono em 2010, dislipidemia diagnosticada em 2008 e distúrbio ansioso diagnosticado em 2008. Como regime medicamentoso, tomava ao pequeno-almoço o losartan e amlodipina (50 mg + 5 mg) e ao jantar tomava a atorvastatina 20 mg e o bromazepam 3 mg. A D. T. referiu ter dúvidas sobre o objetivo da medicação e receio sobre os efeitos colaterais, tomando a iniciativa de suspender, essencialmente, a atorvastatina sem orientação médica.

A D. T. apresentou, em março de 2023, peso corporal de 71 kg, altura de 158 metros (dados que permitem calcular IMC de 28,4 kg/m<sup>2</sup> - resultado de pré-obesidade), perímetro abdominal de 104 centímetros que corresponde a um risco alto de desenvolver doenças

cardiovasculares ou metabólicas (Camolas et al., 2017), tensão arterial de 142/85 mmHg e frequência cardíaca de 72 bpm. Além destes dados, a D. T. partilhou que praticava exercício físico duas vezes por semana no centro desportivo, comia vegetais de vez em quando e não tinha pessoas na família com antecedentes clínicos de DM tipo 1 ou 2. A pesquisa de glicemia indicava valores de referência adequados. Estes dados permitem, no sistema de informação *Sclínico*, quantificar o risco de desenvolver DM tipo 2 através da escala *Finish Diabetes Risk Score*. O resultado indicava que apresentava um risco moderado de desenvolver a DM tipo 2.

A D. T. foi diagnosticada com HTA em março de 2023 e quando questionada sobre a doença e as suas complicações, a D. T. demonstrou conhecer a doença, as suas complicações e as exigências impostas pela mesma na mudança de hábitos de saúde, ou seja, apresentou percepção sobre as mudanças que a doença exige na sua vida e o que poderia acontecer se não adequa-se os hábitos de vida com a finalidade de promover a saúde e, por conseguinte, prevenir complicações. Desde 2007, ela acompanha o marido às consultas de vigilância para a HTA que permitiu, mais rapidamente, a consciencialização sobre a transição de saúde/doença. Contudo, o grau de envolvimento para a adequação do estilo de vida saudável era reduzido, pois não tinha iniciativa na procura de informação viável através dos profissionais de saúde ou de documentação elegível que permitisse a mudança adequada. Desta forma, a D. T. encontrava-se numa fase inicial da transição saúde/doença.

No que concerne à autogestão do regime terapêutico, a D. T. referiu, em consulta, a prática de exercício físico duas vezes por semana, contudo o regime dietético não era adequado e, embora demonstrasse conhecimento sobre a preparação e administração de medicação, demonstrou dúvidas sobre os medicamentos e os seus efeitos. O padrão de alimentação era constituído por quatro refeições diárias, com excesso de ingestão de gorduras, hidratos de carbono, de sal e alimentos específicos desaconselhados (alimentos defumados) face ao regime dietético aconselhado. Na sua alimentação existia défice de ingestão de frutas, legumes e potássio. Neste sentido, foram formulados diagnósticos de enfermagem relacionados com o significado atribuído ao regime dietético, com o conhecimento sobre a autogestão do regime dietético, com o regime medicamentoso e a relação com os valores da pressão sanguínea com o regime medicamentoso e dietético.

Além destes dados, a D. T. realçou a preocupação constante com os outros e com o seu marido e isso promovia-lhe mal estar emocional, referindo sintomas de ansiedade, como pensamentos catastróficos, xerostomia e palpitações (Afirmção da D. T.: “O meu marido vai para o campo e eu estou sempre com medo que ele caia. Fico muito preocupada!”). A ansiedade é um sentimento difuso e desagradável, marcado por medo e apreensão, manifestando-se através de tensão e desconforto decorrentes da expectativa de perigo, do desconhecido ou do estranho (Santos et al., 2020). Esse sentimento pode aumentar, temporariamente, a pressão arterial devido à ativação do sistema nervoso durante episódios

de *stress*, e a ansiedade crónica pode contribuir para pressão arterial alta a longo prazo, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (Bezerra et al., 2021). Neste seguimento, foram formulados diagnósticos de enfermagem relativamente à consciencialização dos fatores desencadeantes da ansiedade e o potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade de adaptar estratégias para o autocontrolo da ansiedade. No quadro 6 estão apresentados os diagnósticos anteriormente descritos, por domínio.

QUADRO 6: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para a D. T. da família 3

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Hipertensão	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético
Autogestão do regime medicamentoso	Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso
Ansiedade	Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Após a formulação dos diagnósticos, foi construído um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas da D. T.. Neste sentido, são selecionadas as intervenções referentes ao domínio hipertensão, autogestão do regime dietético e autogestão do regime medicamentoso: avaliar evolução da pressão sanguínea, avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre regime dietético, ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância, avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea, avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea e assistir a cliente a analisar o significado dificultador. Em relação à ansiedade, foram selecionadas as seguintes intervenções: avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade; contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre os

fatores concorrentes com a ansiedade, assistir a cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade, avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade e instruir sobre estratégias de relaxamento.

Nas três consultas em contato com D. T., existiu oportunidade de ensinar sobre o ajuste de medicação conforme os resultados da vigilância que eram realizadas em consulta e sobre a importância do ajuste ser realizado pela médica de família. Ela manifestou que a iniciativa de deixar de tomar devia-se ao fato de se encontrar assintomática e por acreditar que a medicação já não tinha a mesma função que antes, ou seja, não compreendia sobre a importância da medicação e as consequências de não cumprir o regime medicamentoso. O significado que a senhora estava a atribuir ao regime medicamentoso estava a ser dificultador para a adesão. Desta forma, como atividade, o folheto informativo da medicação atorvastatina, que era a medicação que ela tinha deixado de tomar sem indicação médica, foi analisado com a D. T., para esclarecer as dúvidas e incentivar a atribuir um novo significado. Além disso, foi abordado sobre a importância do cumprimento da administração de toda a medicação.

Em continuidade de cuidados de enfermagem, é importante a implementação das intervenções relacionadas com o domínio da hipertensão, com a finalidade de incentivar o envolvimento da D. T. na procura de informação adequada e promover a mudança relativamente ao regime dietético e medicamentoso de forma a alcançar o bem-estar pessoal. Além disso, enquanto atividade para concretizar as intervenções referentes à ansiedade, o enfermeiro pode co-explorar estratégias não farmacológicas para diminuir ou prevenir episódios ansiedade, tendo em conta a sua rede social e o rendimento familiar: conviver com amigos para a prevenção de isolamento social (Bezerra et al., 2021), a acupuntura, musicoterapia (Lubian & Bossardi, 2018) e técnicas de relaxamento (meditação ou *Reiki*) (Freitas et al, 2022; Vellinho, 2018). Em caso de episódios de ansiedade mais grave, é importante um plano de cuidados ser formulado em conjunto com a equipa multidisciplinar.

No decorrer das três consultas com os membros da família, também foi realizada uma avaliação individual ao Sr. A.. Ele tinha 81 anos de idade, com o quarto ano de escolaridade, não apresentava hábito de consumo de tabaco ou drogas, mas tinha hábito de consumo de dois copos de vinho às refeições por semana. Sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação e teve como resultado, em maio de 2023, 100 pontos na escala de *Barthel* que representa que era totalmente independente para as atividades de vida diária. Documentado tinha, como antecedentes clínicos, dislipidemia diagnosticada em 2008, distúrbio ansioso diagnosticado em 2008, HTA desde março de 2007 e DM tipo 2 em 2007. Sendo que o Sr. A. tem diagnóstico de DM tipo 2, em janeiro de 2023 apresentava a avaliação do risco de úlcera no pé com classificação de baixo risco. Na avaliação realizada foi identificado, como fator de risco, deformidades nos pés, mais

especificamente nas proeminências ósseas. Não foram identificados outros fatores de risco. Uma vez que o risco é baixo, é essencial uma nova avaliação após um ano, conforme sugerido nas *Guidelines* (Schaper et al., 2023). Considerando os elementos-chave para a prevenção do desenvolvimento da úlcera, foi importante verificar a presença de conhecimento sobre a autovigilância do pé de forma a eliminar ou reduzir os fatores de risco (Schaper et al., 2023). Na documentação já produzida confirmava que o senhor detinha o conhecimento.

Em relação ao regime medicamentoso, o senhor tomava ao pequeno-almoço o copalia (amlodipina 5 mg + valsartan 160 mg), olsar plus (olmesartan 20 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg), vildagliptina 50 mg e a metformina 1000 mg. Ao almoço tomava metformina 1000 mg e ao jantar tomava a atorvastatina 10 mg e metformina 1000 mg. O Sr. A. apresentou, em março de 2023, peso corporal de 83 kg, altura de 169 metros (dados que permitem calcular IMC de 29 kg/m<sup>2</sup> - resultado de pré-obesidade), perímetro abdominal de 110 centímetros que corresponde a um risco alto de desenvolver doenças cardiovasculares ou metabólicas (Camolas et al., 2017), tensão arterial de 137/78 mmHg e frequência cardíaca de 84 bpm. Segundo o Sr. A., a pesquisa de glicemia capilar era realizada no domicílio, em jejum, três vezes por semana e apresentava valores entre 80 e 100 mg/dl.

Apesar do Sr. A. ter sido diagnosticado com distúrbio ansioso pelo médico, durante a consulta não demonstrou nem mencionou sinais ou sintomas típicos de ansiedade, como irritabilidade, expressão verbal de ansiedade, ataques de pânico ou inquietação (Ordem dos Enfermeiros, 2021). O senhor referiu praticar, duas horas por semana, exercício físico de intensidade moderada no centro desportivo e tinha, como atividade física, a agricultura. A alimentação era igual à da esposa, sendo que era ela a confeccionar as refeições, e o Sr. A. incentivava a esposa a incluir alimentos desaconselhados, como alimentos defumados. Além disso, não comia sopa, legumes ou fruta com regularidade. Ele referiu que não identificava necessidade de fazer a alteração na alimentação porque se sentia bem e, além disso, queria que a comida soubesse bem. Na avaliação dos parâmetros dos sinais vitais, não foi identificado valores padrão de HTA ou hiperglicemia, embora o senhor apresente valor IMC referente a pré-obesidade. Neste sentido, foi identificado como necessidade promover a consciencialização sobre a relação entre a ingestão nutricional e o peso corporal, sendo que o senhor não realiza exercício físico como recomendado pela WHO (2020b). Além disso, o senhor apresentou potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável e sobre a autogestão do regime dietético.

Em relação à medicação, o senhor tomava a medicação conforme a orientação médica, contudo, referia não compreender o motivo de os tomar e ficava preocupado com os sintomas adversos que lia no folheto informativo da medicação, principalmente com a medicação antidiabética oral. Além disso, realizava tentativas de procurar informação sobre saúde na *internet* que não eram elegíveis. Nesta perspetiva, foi identificado o potencial para melhorar

o significado que atribui ao regime medicamentoso. No seguinte quadro, são apresentados os diagnósticos individuais identificados como necessidade para o Sr. A..

QUADRO 7: Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para o Sr. A. da família 3

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Autogestão do regime dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético
Autogestão do regime medicamentoso	Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Após a formulação dos diagnósticos, foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas do Sr. A.. Neste sentido, são selecionadas as intervenções referentes ao domínio autogestão do regime dietético e do regime medicamentoso: ensinar sobre padrão alimentar saudável, avaliar evolução do conhecimento sobre padrão alimentar saudável, ensinar sobre autogestão do regime dietético, ensinar sobre regime dietético, ensinar sobre dieta restrita em gorduras, ensinar sobre dieta restrita em energia, ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia, analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal, contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal, ensinar sobre o consumo de álcool, assistir cliente a analisar o significado dificultador ao regime dietético, avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético, avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso e assistir cliente a analisar o significado dificultador atribuído ao regime medicamentoso.

Na segunda consulta, foi explorado com o Sr. A. o significado atribuído à medicação, esclarecendo as dúvidas sobre o objetivo da medicação e o significado do que estava descrito em efeitos adversos do folheto informativo da medicação. Esta atividade desenvolvida para concretizar a intervenção face ao regime terapêutico permitiu que o senhor compreendesse o folheto informativo e atribísse um significado facilitador para a adesão do regime terapêutico. Além disso, foram esclarecidas outras dúvidas que surgiram em informações dispersas na *internet* e incentivado a procurar cuidados de saúde com a finalidade de aceder a documentação elegível e às orientações para a promoção de saúde.

Embora não tenha existido oportunidade de realizar outras atividades para concretizar todas as intervenções no sentido de dar resposta a todas as necessidades identificadas, é proposto em continuidade de cuidados, o fornecimento de um folheto informativo com informações

orientadoras e motivadoras para autogestão do regime dietético. A análise do folheto com o cliente poderá ser uma estratégia para ensinar sobre o padrão de alimentação saudável, abordando formas das refeições continuarem a saber bem, a satisfazer e ser saudável. Explorar o significado do peso corporal e a sua motivação para a mudança é importante para poder contratualizar com o cliente sobre a experiência indutora da consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal. A atividade para concretizar esta intervenção poderá ser uma entrevista motivacional com o objetivo de incentivar uma mudança significativa (Fuentes, 2019; Muñoz-flórez & Cortés, 2016).

Em relação ao consumo de álcool, embora o Sr. A. tenha referido que bebia dois copos de vinho por semana, é considerado importante avaliar o conhecimento sobre a relação do consumo de álcool com as complicações da DM e HTA, e o significado que atribui ao consumo de álcool.

Apesar de, no início, os membros da família terem manifestado desconforto devido a uma abordagem diferente por parte do enfermeiro, eles posteriormente reconheceram que os cuidados prestados durante as consultas eram cruciais, aludindo às necessidades que eles próprios identificavam, mas que os profissionais de saúde não costumavam abordar. A disponibilidade da família para comparecer às consultas acabou por se tornar um fator dificultador para alcançar os resultados desejados pelos elementos do casal.

#### **4.1.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias**

A prestação de cuidados de enfermagem às sete famílias decorreu conforme o processo de enfermagem, desde a colheita de dados que permite uma avaliação de enfermagem inicial até a avaliação dos resultados provenientes das atividades que concretizaram as intervenções. Nesta perspectiva, é essencial apresentar a taxa de avaliação familiar nas diferentes áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação e a taxa de prevalência das necessidades identificadas nas famílias para melhor compreender os resultados e, por conseguinte, os ganhos em saúde apresentados através da taxa de modificação positiva do estado do diagnóstico (TMPED). As fórmulas para o cálculo das diferentes taxas utilizadas são adaptadas do projeto desenvolvido por Figueiredo et al. (2012) que estão apresentadas no anexo 5.

A avaliação das famílias foi realizada no âmbito da dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional conforme as características de cada família e os subsistemas existentes no sistema familiar. No quadro 8 é apresentada a taxa de avaliação familiar para cada área de atenção por dimensão.

QUADRO 8: Taxa de avaliação familiar das áreas de atenção por dimensões em relação às sete famílias

Dimensão	Foco	Taxa de avaliação familiar (%)
Estrutural	Composição familiar	100,0%
	Tipo de família	100,0%
	Família extensa	100,0%
	Sistemas mais amplos	100,0%
	Classe social	100,0%
	Rendimento familiar	100,0%
	Edifício residencial	100,0%
	Precaução de segurança	100,0%
	Abastecimento de água	100,0%
	Animal de Estimação	57,1%
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	83,3%
	Planeamento familiar	0,0%
	Adaptação à gravidez	0,0%
	Papel parental	100,0%
Funcional	Papel prestador de cuidados	100,0%
	Processo familiar	100,0%

Na dimensão estrutural, em todas as famílias foi avaliado a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social e todas as áreas de atenção, nomeadamente o rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança e abastecimento de água. A área de atenção animal doméstico foi avaliada em 57,1% das famílias, dado que três das famílias não tinham nenhum animal doméstico. Na dimensão de desenvolvimento, todas as famílias que tinham subsistema conjugal foram avaliadas no âmbito da satisfação conjugal, com exceção da família 4 e 5. A família 4 era uma família monoparental e não existia subsistema conjugal e a família 5 cujo um elemento do casal tinha diagnóstico de demência com evidente confusão, comunicação verbal comprometida e a memória comprometida. Por conseguinte, a avaliação da satisfação conjugal poderia ser subjetiva e sem elegibilidade. A demência é caracterizada por um declínio significativo nas funções cognitivas, como memória, raciocínio e tomada de decisão, dificultando a comunicação e a compreensão da pessoa com demência (WHO, 2023b). Num total de cinco famílias com subsistema conjugal avaliado, na dimensão interação sexual da satisfação conjugal não foi avaliado na família 6 e em função sexual não foi avaliado na família 1 e 6. Todas famílias com subsistema conjugal não foram avaliadas no âmbito do planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental, pois nenhum casal apresentava idade fértil e os seus filhos já não faziam parte do sistema, embora mantivessem relação com eles.

Por fim, na dimensão funcional, apenas duas famílias tinham um membro dependente de cuidados de terceiros e, por isso, foram avaliadas no âmbito do papel prestador de cuidados. A área de atenção processo familiar foi avaliada em todas as famílias (100,0%).

Através da avaliação das famílias, foi possível colher dados para identificar os diagnósticos, permitindo o cálculo da taxa de prevalência dos diagnósticos nas diferentes áreas de atenção por dimensão para as sete famílias, conforme apresentado no quadro 9.

QUADRO 9: Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem

Dimensão	Diagnóstico de enfermagem	Taxa de prevalência (%)
Estrutural	Rendimento familiar insuficiente	0,0%
	Edifício residencial Não seguro	14,2%
	Edifício residencial negligenciado	0,0%
	Precaução de segurança não demonstrado	0,0%
	Abastecimento de água não adequado	0,0%
	Animal de Estimação negligenciado	0,0%
Desenvolvimento	Satisfação conjugal não mantida	100,0%
	- Relação dinâmica disfuncional	60,0%
	- Comunicação não eficaz	20,0%
	- Interação sexual não adequada	60,0%
	- Função sexual comprometida	40,0%
	Papel parental não adequado	0,0%
	- Conhecimento do papel não demonstrado	0,0%
	- Comportamento de adesão não demonstrado	0,0%
	- Consenso do papel não	0,0%
	- Conflito do papel sim	0,0%
- Saturação do papel sim	0,0%	
Funcional	Papel prestador de cuidados não adequado	100,0%
	- Conhecimento do papel não demonstrado	50,0%
	- Comportamento de adesão não demonstrado	100,0%
	- Consenso do papel não	50,0%
	- Conflito do papel sim	50,0%
	- Saturação do papel sim	100,0%
	Processo familiar disfuncional	57,1%
	- Comunicação não eficaz	28,6%
	- <i>Coping</i> familiar não eficaz	42,9%
	- Interação de papéis não eficaz	28,6%
	- Interação de papéis conflitual	14,2%
	- Relação dinâmica disfuncional	0,0%

Os diagnósticos de enfermagem identificados com necessidade de intervenção foram: edifício residencial não seguro em 14,2% das famílias; 100,0% das famílias apresentaram satisfação conjugal não mantida, por relação dinâmica disfuncional (60,0%), por comunicação não eficaz (20,0%), por interação sexual não adequada (60,0%) e por função sexual comprometida (40,0%); 100,0% das famílias, que corresponde à família 2 e 5 que têm um membro dependente, apresentam papel prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado (50,0%), comportamento de adesão não demonstrado (100,0%); 57,1% das famílias apresentaram processo familiar disfuncional por comunicação não eficaz (28,6%), *coping* familiar não eficaz (42,9%), interação de papéis não eficaz (28,6%) e interação de

papéis conflitual (14,2%).

A formulação dos diagnósticos permitiu o planeamento de cuidados, ou seja, as intervenções que foram implementadas e as atividades que as concretizaram, nomeadamente as técnicas de intervenção ativa e as questões de intervenção sistémica. No final do processo de enfermagem, foram avaliados os resultados obtidos refletidos nos ganhos em saúde através do cálculo da taxa de modificação positiva do estado de diagnóstico (TMPED) que se encontra apresentada no seguinte quadro.

QUADRO 10: Ganhos em saúde como resultados da prestação de cuidados às sete famílias

Dimensão	Diagnóstico de enfermagem	TMPED (%)
Estrutural	Edifício residencial Não seguro	0,0%
Desenvolvimento	Satisfação conjugal não mantida	40,0%
	- Relação dinâmica disfuncional	100,0%
	- Comunicação não eficaz	100,0%
	- Interação sexual não adequada	0,0%
	- Função sexual comprometida	0,0%
Funcional	Papel prestador de cuidados não adequado	0,0%
	- Conhecimento do papel não demonstrado	100,0%
	- Comportamento de adesão não demonstrado	0,0%
	- Consenso do papel não	0,0%
	- Conflito do papel sim	0,0%
	- Saturação do papel sim	0,0%
	Processo familiar disfuncional	25,0%
	- Comunicação não eficaz	50,0%
	- <i>Coping</i> familiar não eficaz	66,6%
	- Interação de papéis não eficaz	0,0%
- Interação de papéis conflitual	100,0%	

A avaliação dos resultados provenientes das intervenções de enfermagem, permitiu identificar a modificação positiva de diagnósticos em algumas famílias. A satisfação conjugal passou a ser mantida em 40,0% das famílias por relação dinâmica não disfuncional (100,0%) e por comunicação eficaz (100,0%). No entanto, todas as famílias que apresentaram interação sexual não adequada e função sexual comprometida não tiveram modificação positiva do diagnóstico, necessitando de continuidade de cuidados de enfermagem. Em relação ao processo familiar, apresentou 25,0% das famílias com modificação positiva do diagnóstico, ou seja, processo familiar não disfuncional. Nesta área de atenção, 50,0% das famílias apresentaram modificação positiva para comunicação eficaz, 66,6% para *coping* familiar eficaz, 0,0% para interação de papéis eficaz e 100,0% para interação de papéis não conflitual. Em relação ao papel prestação de cuidados da dimensão funcional verificou-se modificação positiva para conhecimento do papel demonstrado (50,0%), embora não tenha existido modificação no papel prestador de cuidados não adequado. A área de atenção edifício

residencial da dimensão estrutural, foi a área de atenção que manteve o estado de diagnóstico, nomeadamente edifício residencial não seguro. Em suma, verifica-se que se obtiveram ganhos em saúde refletidos na modificação positiva dos diagnósticos de enfermagem nas diferentes áreas de atenção.

#### **4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar**

Os cuidados de enfermagem assumem, atualmente, maior exigência assim como a importância do reconhecimento de competência científica, técnica e humana, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais comuns (Regulamento nº 140/2019, 2019). O enfermeiro especialista deve desenvolver e demonstrar a competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção, com mobilização e articulação dos recursos necessários e disponíveis para prestar os cuidados às famílias (Regulamento nº 428/2018, 2018). Sendo essencial o desenvolvimento desta competência, procurou-se identificar as necessidades e/ou as oportunidades que existiam na USF.

Deste modo, no período de integração no contexto de estágio e no decorrer da colheita de dados para a caracterização das famílias da lista do enfermeiro tutor, foi verificada a ausência de documentação no programa de saúde da família do sistema de informação *Sclinico* sobre a avaliação e intervenção nas famílias. Assim, no período de nove a treze de janeiro de 2023, foi realizada uma pesquisa sobre a documentação das listas dos restantes enfermeiros da equipa e verificou-se, também, a ausência dessa documentação.

Segundo Ribeiro (2021), a documentação de enfermagem é importante na continuidade de cuidados, sendo este um dos aspetos presentes na avaliação de qualidade de serviços de saúde. Os resultados obtidos da avaliação e intervenção na família e a sua documentação, contribuem para a gestão e melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem (Figueiredo & Moreira, 2009). Além disso, a prática de enfermagem reflexiva através da documentação, permite que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver a capacidade, a competência, o conhecimento e a perícia para decidir como, quem, porquê, o que deve ser feito e para que deve ser feito (resultados esperados) (Figueiredo & Moreira, 2009). A documentação é, ainda, um suporte para o planeamento dos cuidados de enfermagem (Figueiredo & Moreira, 2009; Vieira, 2018). Desta forma, a documentação permite melhorar a tomada de decisão do profissional de enfermagem, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados que são prestados (Ribeiro, 2021).

A documentação é um contributo para a melhor gestão de serviço a nível de recursos humanos, físicos e materiais, bem como um suporte para a avaliação individual do desempenho dos enfermeiros e para a produção de indicadores que permitem a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2021; Vieira, 2018).

Salienta-se, também, que a documentação sobre a avaliação e intervenção na família fica disponível para toda equipa de enfermagem, para a equipa multidisciplinar e para outras instituições de saúde (hospitais públicos ou outras USFs), facilitando e garantindo a continuidade de cuidados (Ribeiro, 2021; Vieira, 2018). Esta é também considerada uma fonte de pesquisa científica e uma prova documental/legal (Ribeiro, 2021).

Tendo em consideração a importância e a necessidade da documentação no processo de conceção de cuidados na prática de enfermagem, bem como na organização e no bem-estar da família enquanto cliente, foi considerado importante desenvolver uma formação em serviço. A formação em serviço tem como objetivo principal aprimorar o conhecimento e as competências dos profissionais de enfermagem, tanto em nível coletivo quanto individual, em resposta às necessidades identificadas. Isso visa a criação de um modelo de cuidados de saúde eficientes e eficazes que seja adaptado às dinâmicas e mudanças atuais (Decreto-lei nº 437/91 do Ministério da Saúde, 1991; Relvas, 2018). A execução da formação em serviço deve seguir um plano previamente estruturado, respeitando as várias etapas. Primeiro, é crucial identificar e analisar as necessidades de formação, garantindo que os planos respondam às necessidades da instituição e dos envolvidos. Em seguida, é necessário definir os resultados esperados com a formação. Depois, o plano é elaborado e estruturado, definindo a população-alvo, os objetivos, os métodos de avaliação, os custos e os recursos necessários. O desenvolvimento do plano envolve sua implementação flexível, adaptada às circunstâncias e prioridades. Por fim, é realizada a avaliação que assegura a qualidade do plano de formação ao longo de todo o processo (Le Boterf, 1991, como citado em Relvas, 2018).

O Modelo Multinível de Kirkpatrick, desenvolvido por Donald Kirkpatrick em 1959, é amplamente reconhecido como uma estrutura eficaz para avaliar a eficácia dos programas de formação (Kirkpatrick, 1998, como citado em Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, 2016). Este modelo é composto por quatro fases distintas, cada uma destinada a medir diferentes aspetos da formação. A primeira fase do modelo, conhecida como Reação (nível um), concentra-se na resposta dos participantes à formação. Nesta fase, é avaliada a satisfação dos participantes, a perceção da relevância da formação e sua utilidade percebida (Kirkpatrick, 1996, como citado em Alves, 2009). A segunda fase, denominada Aprendizagem (nível dois), visa medir o nível de conhecimento e habilidades adquiridas pelos participantes. Isso é, geralmente, avaliado por meio de testes, avaliações práticas ou outros métodos que demonstrem a aquisição de conhecimento, e pode ser aplicado antes e após a formação. A terceira fase, Comportamento (nível três), concentra-se na utilização do

conhecimento e das habilidades adquiridas no contexto de trabalho pelos participantes e identificar se a alteração de comportamento que existiu permitiu alcançar os objetivos esperados com a formação. Isso envolve que exista a motivação para uma transformação, o entendimento do que precisa ser feito e como fazê-lo, a promoção de um ambiente de trabalho favorável, apoio na aplicação dos conhecimentos adquiridos e o reconhecimento ou o incentivo pela alteração no comportamento (Kirkpatrick, 1998, como citado em Alves, 2009). Nesta fase é importante identificar fatores dificultadores no caso de os objetivos não serem alcançados (Alves, 2009). A última fase, Resultados (nível quatro), avalia o impacto da formação nos resultados organizacionais. Isso inclui a medição de indicadores de desempenho, produtividade, qualidade do trabalho e outros fatores relevantes que refletem o impacto na organização como um todo. No entanto, este nível exige tempo para obter e analisar os resultados (Kirkpatrick, 1998, como citado em Alves, 2009).

No sentido da formação em serviço promover o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para dar resposta à resolução do problema identificado, foi elaborado um plano de formação em serviço que incluiu as diferentes fases, nomeadamente: o diagnóstico sobre os conhecimentos, o desenvolvimento da formação em serviço, a formação em serviço, a avaliação dos resultados e o cronograma (Anexo 6). Este plano de formação foi entregue ao conselho técnico da USF para análise que, posteriormente, consentiu a sua implementação. O tema da formação apresentado no plano teve como foco a documentação relativamente à avaliação da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados) referidas no MDAIF. No que concerne à dimensão estrutural, a origem do rendimento familiar, as condições de segurança e higiene da habitação e a escolaridade são elementos identificados como fatores de risco associados ao desenvolvimento ou complicações da HTA e da DM no membro da família. No papel prestador de cuidados da dimensão funcional, estas DCNT's podem apresentar complicações de saúde, podendo contribuir para a dependência de um membro da família e, por conseguinte, existir necessidade da família ter que prestar cuidados a um dos elementos que a constituem (Pereira, et al., 2017; Freitas et al., 2020).

Após a identificação do problema relacionado com a documentação sobre a família realizou-se um diagnóstico de necessidades formativas. Foi elaborado um questionário com a finalidade de conhecer as principais necessidades dos enfermeiros sobre o programa de saúde da família (Anexo 7). O questionário era constituído por três grupos. O primeiro grupo tinha como objetivo perceber se os enfermeiros já tinham formação sobre o MDAIF e sobre enfermagem de saúde familiar, conhecer os motivos de não documentar a conceção de cuidados às famílias e se identificavam vantagens em fazê-lo. No segundo grupo, foram elaboradas questões de escala sobre saúde familiar e documentação. No último grupo, foram realizadas afirmações verdadeiras e falsas com o objetivo de perceber qual o conhecimento

que a equipa tinha sobre a enfermagem de saúde familiar, o MDAIF e o programa de saúde da família.

Num total de oito enfermeiros da equipa aos quais foi aplicado o questionário, todos providenciaram o seu preenchimento. Na análise dos resultados obtidos, verificou-se que, no grupo I, seis elementos da equipa de enfermagem conheciam o MDAIF através de formação em contexto académico e dois elementos, que não conheciam, manifestaram interesse em conhecer. Em relação ao programa de saúde da família, dos oito enfermeiros, seis conheciam que este existia mas não documentavam. Os motivos para não documentarem, foram colocados como opção e verificou-se que 37,5% referiu não conhecer o programa de saúde da família, 25,0% referiram existir sobrecarga de tarefas, 25,0% refere que não tiveram formação sobre o programa de saúde da família e 12,5% referiu não existir disponibilidade em consulta. Por último, a extração da lista de famílias, por enfermeiro de família, foi uma das dificuldades manifestadas, sendo que 50,0% referiram não saber fazê-lo, 25,0% referiram saber fazê-lo e 25,0% não responderam à questão.

No grupo II, foram elaboradas perguntas com opções de resposta em pontuação entre um a sete, sendo que a pontuação um corresponde a “nada” e sete a “muito”. A finalidade foi conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o nível da sua competência para abordar a família enquanto cliente, da necessidade de prestar cuidados de enfermagem às famílias, da competência para a documentação no programa de saúde da família, da importância da documentação sobre a avaliação da dimensão estrutural e papel prestador de cuidados da dimensão funcional e da sua motivação para efetuar a documentação. No quadro 11 são apresentados os resultados em função das respostas dos enfermeiros.

QUADRO 11: Resultados do grupo II no questionário de diagnóstico das necessidades

Pergunta/Opções de resposta	1	2	3	4	5	6	7
Competência para abordar a família	0,0%	0,0%	25,0%	37,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Necessidade de prestar cuidados de enfermagem às famílias	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	12,5%	62,5%
Competência sobre a documentação no programa “Saúde da Família”	0,0%	12,5%	25,0%	25,0%	12,5%	25,0%	0,0%
Importância da documentação sobre a dimensão estrutural	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%
Importância da documentação sobre a dimensão funcional (papel prestador de cuidados)	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	37,5%	37,5%
Motivação para documentar no programa “Saúde da Família”	0,0%	0,0%	12,5%	25,0%	0,0%	25,0%	37,5%

No que concerne à saúde da família, os enfermeiros consideraram que apresentavam competência para abordar a família numa pontuação entre três a sete, sendo que a maior percentagem (37,5%) classificou-se com uma pontuação intermédia (pontuação quatro). A prestação dos cuidados à família foi considerada como muito necessária (pontuação sete) por 62,5% dos enfermeiros. A documentação foi considerada muito importante, tanto na dimensão estrutural (50,0% considerou uma pontuação de seis) como na funcional na área do papel prestador de cuidados (classificado em seis e sete por 37,5% em ambas as pontuações). A motivação dos enfermeiros para a documentação apresentou uma classificação entre três e sete, sendo que grande parte dos enfermeiros (37,5%) classificou como muito motivado (pontuação sete).

No último grupo do questionário, foram elaboradas 13 afirmações verdadeiras e falsas, cuja solução encontra-se no anexo 7. No seguinte quadro são apresentadas, em percentagem, as respostas certas (RC) e as respostas erradas (RE) para cada afirmação.

QUADRO 12: Resultados do grupo III do questionário de diagnóstico das necessidades

Afirmações	RC	RE
1. A família é o contexto onde a pessoa está inserida.	0,0%	100,0%
2. A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez, influencia a saúde de cada um dos membros.	75,0%	25,0%
3. Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança na família.	62,5%	37,5%
4. A finalidade dos cuidados do enfermeiro de família consiste na promoção da capacitação dos elementos da família para a resolução dos seus problemas, sendo o enfermeiro de família facilitador dessas soluções.	62,5%	37,5%
5. A matriz operativa do MDAIF é constituída por quatro dimensões de avaliação.	25,0%	75,0%
6. A escala de <i>Graffar</i> permite identificar a posição social.	62,5%	37,5%
7. A família reconstruída consiste num casal em que, pelo menos, um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento.	62,5%	37,5%
8. A avaliação da precaução de segurança é realizada através das “Intervenções de Diagnóstico”.	0,0%	100,0%
9. “Avaliar o abastecimento de água” é uma “Intervenção de Diagnóstico” importante de ser sempre realizada.	0,0%	100,0%
10. O programa “Saúde da Família” é adicionado no âmbito do utente e da família.	50,0%	50,0%
11. APGAR Familiar de <i>Smilkstein</i> é uma escala que permite avaliar o funcionamento familiar.	75,0%	25,0%
12. “Avaliar o <i>stress</i> do cuidador” permite identificar a sobrecarga do cuidador informal.	100,0%	0,0%
13. Sobre o papel prestador de cuidados deve ser sempre avaliado o papel prestador de cuidados, o suporte social e o <i>stress</i> do prestador de cuidados.	75,0%	25,0%

O resultado obtido no último grupo permitiu verificar que as respostas não foram consensuais entre os elementos da equipa, levando a interpretar que existiam dúvidas relacionadas com vários temas, sendo o mais evidente o conhecimento sobre a definição de família (0,0% respostas certas), do diagrama da matriz operativa do MDAIF (25,0% de respostas certas) e da documentação no programa de saúde da família no âmbito da dimensão estrutural (0,0% de respostas certas na afirmação oito e nove).

Os resultados da aplicação do questionário na fase inicial permitiu identificar a necessidade de abordar a avaliação da família e o MDAIF, uma vez que o referencial teórico funciona como um guia orientador para a prática em enfermagem de saúde familiar, funcionando como fator positivo na obtenção de competências para a avaliação familiar (Oliveira et al., 2018). Além disso, verificou-se uma maior necessidade na aquisição de conhecimento e competência para a documentação no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados), pois os enfermeiros apresentaram uma pontuação entre dois e seis na autoperceção da sua competência para a documentação. A partir destes resultados, foi elaborado um plano de sessão (Anexo 8), um documento com descrição da data, hora, duração total da ação de formação e do público-alvo. Nas fases da ação de formação (introdução, desenvolvimento e conclusão) foram definidos os objetivos, o conteúdo formativo, as atividades, os métodos formativos, os recursos necessários e a duração de cada fase. Os objetivos foram definidos considerando que se pretendia que os enfermeiros fossem capazes de: identificar a família como unidade de cuidados; identificar as dimensões da matriz operativa do MDAIF; melhorar o conhecimentos sobre a documentação; aumentar a competência para a documentação no programa de saúde da família sobre a avaliação da família; aumentar a perceção sobre a importância da documentação da avaliação da família no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados); aumentar a motivação para a documentação sobre a avaliação da família; conhecer o método de extrair a lista de famílias por enfermeiro de família e documentar a avaliação das famílias no programa de saúde da família.

No plano de ação, inicialmente estava programada uma ação de formação com a duração de uma hora, em acordo com a instituição. Contudo, ocorreu uma sobreposição com outra ação de formação no mesmo dia e horário, reduzindo o tempo disponível para 30 minutos. Devido à intercorrência no dia da ação de formação, foi programado, em consenso com a equipa, três momentos com os enfermeiros com duração de 60 minutos. Estes momentos tiveram como finalidade esclarecer dúvidas e instruir sobre a documentação no programa de saúde da família.

Após todas as sessões de formação, foram realizados momentos de avaliação, nomeadamente a avaliação da perceção sobre a formação realizada, a avaliação de conhecimentos e competências adquiridas e a avaliação sobre a mudança da prática dos enfermeiros. A avaliação de conhecimentos foi realizada através do questionário aplicado inicialmente com

objetivo de perceber o impacto da ação de formação na aquisição de conhecimentos sobre a área. Contudo, foram excluídas as primeiras três perguntas do questionário, pois estas estavam relacionadas com a formação que os elementos tiveram sobre o MDAIF e sobre a avaliação e intervenção na família.

Em relação à percepção dos participantes sobre a formação realizada, no final da sessão foi aplicado aos participantes, nomeadamente os enfermeiros e quatro alunos de enfermagem, um questionário de avaliação de ação de formação (Anexo 9) com o objetivo de avaliar os conteúdos programáticos e métodos, a capacidade e competência da formadora, a organização da ação de formação e uma avaliação global da mesma numa escala de *Likert*, com pontuação de um a cinco. Como resultado, 75,0% dos participantes classificaram como cinco em todos os itens e 25,0% responderam entre quatro e cinco. Destes 25,0%, foi comum a classificação de quatro na estrutura de conteúdos, no domínio e clareza na exposição da matéria tratada, no relacionamento com os formandos, na adequação dos métodos utilizados aos temas tratados, na qualidade e adequação das instalações e equipamentos, das condições físicas, na concretização dos objetivos propostos e na recomendação da ação de formação aos seus amigos/colegas.

A avaliação dos conhecimentos adquiridos foram verificados no grupo III do questionário. As afirmações relacionadas com saúde familiar e MDAIF, nomeadamente da afirmação um à sete, verificou-se melhoria de conhecimento em todas as afirmações, no entanto, mantiveram-se dúvidas relacionados com o tema, existindo uma percentagem significativa de respostas erradas, essencialmente na primeira afirmação, pois apenas 25,0% dos enfermeiros apresentaram a resposta certa. Nas restantes afirmações obteve-se os seguintes resultados: na afirmação cinco, 62,5% dos enfermeiros responderam corretamente; nas afirmações três e sete, a maioria (87,5%) dos enfermeiros respondeu de maneira adequada; nas afirmações dois, quatro e seis, todos os enfermeiros responderam corretamente, alcançando uma taxa de 100% de respostas precisas.

As afirmações de oito a treze estavam relacionadas com o programa de saúde da família. Verificou-se aumento no conhecimento da documentação sobre a avaliação da família. No entanto, nas afirmações oito e nove, mantiveram-se dúvidas sobre a precaução de segurança e o abastecimento de água. Nestes casos, apenas 25,0% dos membros da equipa forneceram respostas corretas para ambas as afirmações. Apenas na afirmação doze, verificou-se que todos os enfermeiros responderam corretamente antes e após a ação de formação.

Na aplicação do questionário foi também possível confirmar a modificação na percepção dos enfermeiros sobre a sua competência para a documentação no programa de saúde da família, sobre a importância da documentação da avaliação da família no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados), sobre a motivação para a documentação sobre a avaliação da família e sobre o método de extrair a lista de famílias por enfermeiro de

família. Os participantes apresentaram uma modificação positiva, sendo que classificaram a sua competência para a documentação na pontuação cinco (75,0%) e sete (25,0%). A documentação já era considerada importante antes e, após a formação em serviço, existiu aumento da classificação para a pontuação entre cinco e seis. Quanto à relevância da dimensão estrutural, foi mantida a classificação de seis e sete por 50,0% e 25% dos enfermeiros respetivamente, enquanto 25,0% a classificaram com cinco. Na dimensão funcional, relacionada ao papel de prestador de cuidados, 50,0% dos participantes deram uma pontuação de sete, seguido por 37,5% que atribuíram uma pontuação de seis. Em relação à motivação para a documentação, as respostas mantiveram-se com exceção de 25,0% dos participantes que passaram da pontuação quatro para cinco. Por fim, todos os enfermeiros referiram saber extrair a lista de famílias por enfermeiro de família através do programa de saúde.

Em relação à avaliação da competência adquirida pelos enfermeiros sobre a documentação no programa de saúde da família, foi-lhes solicitado que efetuassem a documentação da avaliação de uma família nas três semanas seguintes à formação. De forma que os enfermeiros pudessem esclarecer dúvidas sobre as etapas a realizar durante o processo, foi elaborado um manual orientador para a documentação de enfermagem sobre a avaliação da família no programa de saúde da família e partilhado em formato digital. Este documento encontra-se no anexo 10 em formato código QR para possível consulta.

Posteriormente, de forma a avaliar a documentação produzida pelos enfermeiros, foi elaborada uma lista de validação, preenchida para cada enfermeiro, com todos os itens das áreas propostas a documentar, nomeadamente, “Processo Familiar”, “Avaliação Familiar Inicial”, avaliação da dimensão estrutural e avaliação da dimensão funcional (papel prestador de cuidados) no programa de saúde (Anexo 11). O “Processo Familiar” é uma área do programa de saúde onde são documentados dados sobre as características da habitação (tipo, higiene, regime de ocupação, tipologia, estado de conservação, conforto, mobiliário e equipamento básico, características da casa-de-banho, aquecimento, eletricidade, abastecimento de água, salubridade da zona residencial e barreiras arquitetónicas), o preenchimento da escala de *Graffar*, o ciclo familiar de Duvall, o tipo de família, o risco familiar de Garcia-Gonzalez e o risco familiar de Segovia Dreyer. A “Avaliação Familiar Inicial” é outra área do programa para documentar dados sobre local a que os membros da família se deslocam em situação de urgência, os cuidados que a família solicita na USF, a caracterização socio-económica (tipo de família, ciclo vital familiar de Duvall, rendimentos e apoio social), sobre o edifício residencial (tipo de habitação, número de divisões e quartos, características da casa-de-banho, a presença de saneamento, abastecimento de água e eletricidade, a conservação e higiene habitação), sobre aspetos relevantes de saúde (a adesão à imunização, a presença de membros com doença crónica ou incapacitantes, a presença de membros com

dependência e se a habitação está adaptada às necessidades da família), sobre atividades de estilo de vida (uso do tabaco, álcool ou drogas) e sobre dados dos membros da família prestadores de cuidados. A avaliação da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados) é realizada após abrir o contato no programa e é orientada pelos critérios de diagnóstico sugeridos pelo MDAIF.

Em relação à área do “Processo Familiar”, 50,0% documentou corretamente os dados e 12,5% realizaram apenas a documentação dos dados relacionados com a habitação e a escala de *Graffar*. A documentação sobre a “Avaliação Familiar Inicial” foi efetuada por 25,0% dos enfermeiros, a documentação da dimensão estrutural foi realizada por 25,0% dos enfermeiros e da documentação sobre a avaliação do papel prestador de cuidados apenas 12,5% efetuou conforme as necessidades da família.

Em suma, 12,5% apresentou documentação completa das áreas propostas conforme as necessidades da família, 50,0% documentou a avaliação da família mas incompleta e 37,5% dos enfermeiros não tinham qualquer registo. Todos os enfermeiros que documentaram realizaram-na corretamente.

O facto de um grande número dos enfermeiros (87,5%) não ter realizado a documentação completa de uma família conforme sugerido poderá estar relacionado com a indisponibilidade em consulta e a sobrecarga de tarefas que os enfermeiros referiram aquando do diagnóstico das necessidades. Neste período de avaliação, começaram a documentar no programa de saúde da família, mas pouco.

O desenvolvimento do processo formativo em serviço contribuiu para o desenvolvimento de competências pessoais na área de especialização em ECESF, mais especificamente na gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. A promoção de formação em serviço contribuiu para expandir as competências através da criação e sustentação de uma visão partilhada com os enfermeiros sobre ESF e sobre a documentação da avaliação da família, respeitando e contribuindo para a cultura organizacional, ou seja, manter a missão de ser uma unidade motivadora e promotora da evolução técnico-científica dos elementos da equipa (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Além da atividade da formação em serviço, durante o decorrer do estágio profissional, existiu envolvimento em eventos científicos e em processos de investigação de forma a desenvolver a competência de promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF, nomeadamente:

- participação no grupo *EnFamília* como criadora de conteúdo, um grupo inserido na comissão de Inovação e Desenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar que tem como objetivos: promover a literacia em saúde nas famílias; informar os cidadãos sobre as competências do enfermeiro especialista em ECESF e as

áreas de atividade do enfermeiro de família; reconhecer as necessidades das famílias portuguesas que acedem ao SNS;

- participação no desenvolvimento do artigo com o tema “Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma *scoping review*”, em processo de publicação na Revista de Investigação & Inovação em Saúde;
- apresentação da comunicação oral “Fatores da sexualidade que influenciam a satisfação conjugal: uma *scoping review*” na “VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (Anexo 12);
- participação no painel com o tema “Avaliação e intervenção em famílias com membro idoso portador de doenças crónicas” no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar integrado na *NursID Spring School 2023*, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo 12);
- apresentação da comunicação oral “Sexualidade e satisfação conjugal: síntese da evidência” no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo 12);
- participação no *workshop* com o tema “Avaliação e intervenção familiar de uma família monoparental” no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Família” a realizar no dia 26 de Outubro de 2023 na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores;
- apresentação da comunicação em poster “Cuidados de enfermagem centrados na família com membro idoso portador de hipertensão arterial” no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Família” a realizar do dia 26 a 28 de Outubro de 2023 na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores.

## 6. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências significa que o enfermeiro reuniu conhecimentos e habilidades para atuar em diversos contextos e níveis de prevenção, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo (Regulamento nº 140/2019, 2019). No regulamento nº 428/2018 (2018) estão descritas como unidade de competência (UC), ou seja, um conjunto de critérios de avaliação “reconhecidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito”, (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745). Estas UCs emergem de duas competências do enfermeiro especialista em ECESF: dedica-se ao cuidado da família como uma unidade de cuidados, assim como de cada um de seus membros, ao longo de todo o ciclo de vida e em diversos níveis de prevenção; assume a liderança e colabora ativamente nos processos de intervenção dentro da área de ESF (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Quanto à competência específica relacionada com cuidar da família, a abordagem da família na prática clínica enquanto unidade sistémica e cliente permitiu aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre a avaliação familiar e desenvolver a capacidade de intervir nas famílias enquanto processo dinâmico. As famílias com membro idoso portador de doenças crónicas apresentaram diferente composição familiar e necessidades específicas originadas de acontecimentos únicos e complexos. As características das famílias incentivaram à prática baseada na evidência científica de forma a: adequar a avaliação familiar com recurso aos instrumentos de avaliação e à colheita de dados sobre crenças, valores, cultura familiar, forças e necessidades; identificar a existência de uma eventual crise na família e aprofundar o conhecimento sobre o seu impacto no sistema; avaliar a resposta e a influência de condições de saúde e/ou doença; desenvolver um plano de cuidados em colaboração com a família para atingir resultados do seu interesse. O contacto com as famílias e o desenvolvimento das atividades supracitadas, contribuiu para desenvolver as seguintes UCs: “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”; “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”; “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”; “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19357).

A intervenção teve como base nas técnicas ativas e nas questões de intervenção sistémica conforme as necessidades identificadas em situação de DCNT que a família vivenciava no momento, reduzindo os efeitos indesejáveis nos seus membros. Esta teve como finalidade a maximização do potencial da família para ser proativa na aquisição do seu projeto de saúde de forma a incentivar o processo co-evolutivo da mudança para promover a saúde, prevenir a

doença e proporcionar a gestão de situações complexas, permitindo aos membros da família uma sensação de bem-estar. O respeito, o envolvimento dos membros da família no processo de cuidados, a valorização da opinião de cada membro da família, a identificação das forças da família e dos seus membros e a presença de *rapport*, permitiu o diálogo, a confiança na relação terapêutica e promoveu o ambiente saudável e seguro para família. Estas atividades permitiram desenvolver as seguintes UCs: “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”; “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19358).

A formalização da monitorização e avaliação dos resultados obtidos após a execução de cuidados às famílias, permitiu desenvolver a capacidade de avaliar os ganhos em saúde de forma objetiva e identificar se o impacto das intervenções de enfermagem foi favorável às necessidades da família. A avaliação da satisfação do cliente sobre a relação enfermeiro/família foi realizada em momentos da consulta com perguntas ou através da comunicação verbal ou não verbal dos membros da família, como já abordados no capítulo quatro. Estas atividades contribuíram para a UC: “formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19358).

No decorrer do estágio profissional, foi procurada a orientação e retroinformação dos professores orientadores, da enfermeira tutora e de outros profissionais experientes na área de ESF sobre situações mais complexas que as famílias vivenciavam. Esta procura de orientação permitiu uma prática reflexiva sobre a interação entre enfermeiro e o cliente e sobre todas as fases do processo de enfermagem no âmbito da saúde da família. Este envolvimento na ESF promoveu a aprendizagem para melhorar os cuidados prestados e o desenvolvimento a nível pessoal e profissional (UC: “envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”) (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19358).

No que concerne à competência relacionada com os procedimentos de intervenção no contexto de ESF, existiu sempre a consideração da mobilização de outros recursos para a promoção de saúde à família, nomeadamente outros profissionais de saúde ou serviços. Esta orientação teve sempre em consideração o consentimento e a reflexão com a família sobre os benefícios desses recursos para o seu bem-estar (UC: “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”) (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19359). A formação em serviço, bem como a participação em investigação e em eventos de congresso, contribuiu para o desenvolvimento da UC: “gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p. 19359). No decorrer da prática, não surgiram oportunidades de planear, desenvolver e avaliar programas de saúde, bem como participar no desenvolvimento de legislação e políticas sociais ou assegurar processos de mentoria e *coaching*.

## CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista em ECESF tem um papel essencial na prestação de cuidados à família enquanto cliente e como unidade sistémica de transformação, funcionando como um agente de mudança. A abordagem sistémica permite ao enfermeiro compreender a complexidade da família como um todo e não apenas como pessoas isoladas, possibilitando identificar os fatores que influenciam a saúde e bem-estar da família. A consciencialização sobre a influência da saúde de um membro sobre o funcionamento familiar e, por conseguinte, a influência na saúde de todos os membros da família, permitiu novas visões e a motivação de co-construção de estratégias para a mudança. Nesta perspetiva, foi essencial a avaliação individual para identificar as necessidades dos membros da família e o impacto destas sobre o sistema familiar.

As famílias que foram alvo de cuidados de enfermagem apresentaram em comum a presença de, pelo menos, dois membros idosos portador de HTA e/ou DM tipo 2. Cada família tinha uma dinâmica diferente característica da sua própria identidade. A experiência vivenciada em contexto de estágio permitiu compreender melhor as necessidades das famílias relativamente à presença destas DCNT's. Estas condições de saúde num dos membros da família exige mudanças estruturais na dinâmica familiar, levando em consideração o impacto que a doença exerce sobre o sistema, bem como a sua complexidade e a instabilidade.

O processo de prestação de cuidados não seguiu num percurso linear, pois as necessidades das famílias e dos seus membros estão sujeitas a mudanças. Além disso, as prioridades percebidas pela família podem variar ao longo do tempo, devido às transições que os membros estão a experienciar. Isso requer uma nova identificação e validação das necessidades, bem como a colaboração dos membros da família na definição de novos objetivos. Assim, a avaliação e intervenção na família, foi considerado um processo complexo, pois existe a necessidade de conhecer a individualidade da família e dos seus membros, ao longo de todos os ciclos de desenvolvimento individual e familiar, exigindo o aprofundamento de conhecimentos sobre todas as fases do ciclo vital familiar e os fatores desencadeantes de eventuais crises originadas por transições normativas ou acidentais, para garantir uma prática baseada na evidência e evitar interpretação subjetiva e descuidada dos acontecimentos.

O referencial teórico e operativo do MDAIF foi orientador no processo de cuidados à família e com a utilização deste referencial foi possível obter ganhos em saúde nas famílias com membro idoso portador de doença crónica. Considerando a importância do impacto do bem-estar de cada membro da família, a Teoria das Transições foi o referencial teórico que

sustentou a tomada de decisão no processo de cuidados individuais que, por conseguinte, apresentou ter impacto nas relações familiares.

O processo de cuidados às famílias no decorrer do estágio permitiu o desenvolvimento da primeira competência específica do enfermeiro especialista de ECESF, um dos objetivos a atingir, nomeadamente: desenvolver competências para 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.

As características do contexto de estágio, tanto a nível da equipa multidisciplinar como a nível de recursos físicos, promoveu a oportunidade para existirem momentos de partilha sobre a ESF e sobre a importância da transparência dos cuidados, através da documentação, para a obtenção de ganhos em saúde. Esta prática em contexto de estágio permitiu o desenvolvimento alcançar o segundo objetivo, nomeadamente: desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

No decorrer de todo este processo de aprendizagem, verificou-se, como limitação, a versão informática disponível no *Sclinico* do programa saúde familiar encontrava-se incompleto e não traduzia integralmente a matriz operativa do MDAIF, dificultando a documentação de todo o processo de cuidados à família. Além disso, não existir documentação no âmbito da saúde familiar exigiu um período de tempo significativo para a colheita de dados sobre as famílias durante a fase de avaliação. O estágio para desenvolver os cuidados à família decorreu durante cinco meses, sendo que algumas famílias não conseguiram comparecer às consultas com a frequência necessária, afetando o processo de cuidados e seus resultados. Outra limitação que condicionou os cuidados foi a reduzida quantidade de estudos sobre as famílias com membro portador de DCNT's, sendo que, muitos estudos disponíveis, referiam a família como contexto neste domínio.

Este curso de mestrado em ECESF foi o primeiro que surgiu na Escola Superior de Enfermagem do Porto, demonstrando ser um desafio para todos os participantes darem resposta a todos os obstáculos que foram surgindo. Contudo, o local de estágio bem como os professores orientadores e os colegas experientes em CSP foram pontos fortes neste percurso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022). *Modelos organizacionais das USF*. <https://www2.acss.min-saude.pt/>
- Alves, J. U. P. (2009). *Desconstruir desconstruindo um novo modelo de formação* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/80541>
- Alves, S., Pavarini, S. C. I., Luchesi, B. M., Ottaviani, A. C., Cardoso, J. de F. Z., & Inouye, K. (2021). Duração do sono noturno e desempenho cognitivo de idosos da comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29(1), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4269.3439>
- Aquino, D. I., Conceição, C. R. F. R. T., & Pereira, C. R. C. (2017). Família contemporânea e a estratégia de saúde da família: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 6(1), 48-62. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>
- Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (2012). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. Artmed. <https://indicalivros.com/livros/psicologia-de-familia-teoria-avaliacao-e-intervencao-makilim-n-baptista>
- Barbosa, L. P. (2023). *Perceção da população do município de Itaporanga-PB sobre a importância do centro de controle zoonoses Francisco de Assis Filho na saúde pública*. Universidade Federal de Campina Grande (Monografia, Universidade Federal de Campina Grande). Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/31264>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem: a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-93. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Bevilaqua, S. O., Parnow, C., Moreira, J., & Maziero, B. R. (2019). Fatores que influenciam na sexualidade da pessoa idosa: uma revisão de literatura. *Disciplinarum Scientia*, 20(1), 171-181. <https://doi.org/10.37777/3018>
- Bezerra, H. C. J., Gaudêncio, E. O., Batista, J. R. M., Lucena, M. S. R., & Oliveira, A. R. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W., & Moura, L. B. A. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34(1), 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ar02661>
- Boulton, A. J. M., Armstrong, D. G., Kirsner, R. S., Attinger, C. E., Lavery, L. A., Lipsky, B. A., Mills, J. L., & Steinberg, J. S. (2018). Diagnosis and management of diabetic foot complications. *American Diabetes Association*, 2018(2), 1-20. <https://doi.org/10.2337/db20182-1>
- Byrne, G., Keogh, B., & Daly, L. (2021). Self-management support for older adults with chronic illness: implications for nursing practice. *British Journal of Nursing*, 31(2), 86-94. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.2.86>

- Cabral, F. (2022). (Des) follow-up dos doentes hipertensos em ano de pandemia covid-19: a realidade de uma unidade de saúde familiar. *Revista Portuguesa Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 1(91), 8-14. <https://www.sphta.org.pt/pt/base7/15>
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29(1), 1-28. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>
- Coelho, P., Seabra, A., & Rodrigues, F. (2021). Diabetes mellitus: a realidade de um concelho em Portugal. *Egitania Scientia*, 1(29), 23-40. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7980/1/Artigo%20Egitania%20-%20concelho%20Paredes.pdf>
- Caldas, L. R. R., Albuquerque, M. R., Araújo, S. R., Lopes, E., Moreira, A. C., Cândido, T. M., & Carneiro, J. M. A. (2019). Dezesesseis semanas de treinamento físico multicomponente melhoram a resistência muscular, agilidade e equilíbrio dinâmico em idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 41(2), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.011>
- Camolas, J., Gregório, M. J., Sousa, S. M., & Graça, P. (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*. Direção Geral de Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- Cardoso, S. L., Maiab, O. M. S., Pinhob, M. G. M. S., Lunab, R. L., Melob, S. A. O. A., Tavaresb, C. S., Pereirab, C. G., Silvab, E. A., Castrob, A. P. R., & Medeirosb, K. M. F. (2019). Hipertensão arterial: mudança de hábitos para adesão ao tratamento. *Revista interfaces*, 7(1), 119-223. <https://doi.org/10.16891/663>
- Carvalho, R. (2020). *Qualidade de vida em pessoas com diabetes: um contributo para a reflexão sobre o suporte social recebido da família* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/20730>
- Costa, T. C. (2020). *Validação e impacto de um programa de exercício físico no nível de atividade física, sensação de fadiga e qualidade de vida, em mulheres diagnosticadas com cancro da mama* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3241>
- Dantas, M. J. P., Figueiredo, M. H. J., & Guedes, V. (2022). Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21084>
- Decreto-lei nº 437/91 do Ministério da Saúde. (1991). Diário da República: I série, n.º 257. <https://dre.tretas.org/dre/35157/decreto-lei-437-91-de-8-de-novembro>
- Decreto-lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I série, nº 661. [https://www.simedicos.pt/fotos/legislacao/2007\\_08\\_22\\_decreto\\_lei\\_298\\_2007\\_regim\\_e\\_juridico\\_usf\\_30646921458c5a71c026b8.pdf](https://www.simedicos.pt/fotos/legislacao/2007_08_22_decreto_lei_298_2007_regim_e_juridico_usf_30646921458c5a71c026b8.pdf)
- DGS. (2013). *Processo assistencial integrado: diabetes mellitus tipo 2*. Departamento da Qualidade em Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013.aspx>
- DGS. (2020). *Programa nacional para a diabetes: desafios e estratégias*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/relatorios-e-publicacoes.aspx>

- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: saúde sustentável de todas para todas*. Direção Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas. (2016). *Formação profissional na administração pública: avaliação do impacto da formação na administração pública*. Instituto Nacional de Administração. <https://www.ina.pt/>
- Ferreira, G. R. S., Viana, L. R. C., Pimenta, C. J. L., Silva, C. R. R., Costa, T. F., Oliveira, J. S., & Costa, K. N. F. M. (2020). Autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus e a relação interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>
- Fiamenghi, G. A. (2002). Rituais familiares: alternativas para a re-união das famílias. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 25-29. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-3687200200020003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687200200020003)
- Figueiredo, M. H. J. S., & Moreira, S. M. J. (2009). Cuidar a família: da conceção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 57-54. [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- Figueiredo, M. H. J. S. (2010). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto <https://hdl.handle.net/10216/85134>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M., Grau, C. F., Andrade, C., Santa, Laurentina, Monteiro, M. J., & Charepe, Zaida. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31852>
- Fiorini, M., & Guisso, L. (2016). *Teoria familiar sistémica: retrospectiva histórica e perspetivas atuais*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1009.pdf>
- Frade, J. M. G., Henriques, C. M. G., & Frade, M. F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freitas, F. G., Jesus, G. T., & Oliveira, L. R. M. C. (2022). Os efeitos da meditação para redução e controle da ansiedade. *Research, Society and Development*, 11(17), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd>
- Freitas, A. F. S. C., Santos, D. A. S., Faria, F. R., Souza, G. N. P., Goulart, L. S., & Tormas, D. P. (2020). Hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma estratégia saúde da família: perfil e associação aos fatores de risco. *Revista Interdisciplinar de Estudos Em Saúde*, 9(1), 59-75. <https://doi.org/10.33362/ries.v9i1.1743>
- Fuentes, N. (2019). Entrevista motivacional e a mudança de comportamento na formação docente. *Revista de Parapedagogia*, 9(9), 21-39. <https://reaprendentia.org/parapedagogia/index.php/revista/article/view/115>
- Galp. (2023). *Que cuidados especiais devo ter com o gás?* <https://casa.galp.pt/ajuda/energias/gas-garrafa/informacoes/cuidados-especiais>

- Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Bueno, R. K., & Crepaldi, M. A. (2014). As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando Famílias*, 18(2), 3-16. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X201400020002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X201400020002)
- Goulart, S. A. (2019). Fatores relacionados aos casamentos de longa duração: panorama a partir de uma revisão integrativa. *Psico*, 50(2), 1-13. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30370>
- INSEF. (2015). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito nacional com exame físico. *Instituto Nacional de Saúde*, 1(2), 11-14. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33685/1/Prevalencia\\_hipertensao.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33685/1/Prevalencia_hipertensao.pdf)
- International Family Nursing Association. (s.d). *Dynamic Model of Family Assessment and Intervention*. <https://internationalfamilynursing.org/2015/01/30/dynamic-model-of-family-assessment-and-intervention-mdaif/>
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF diabetes atlas: ninth edition 2019*. <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>
- Irani, N. (2019). Analysis relationship family support and health cadre with elderly hypertension practice in controlling health at primary health care mranggen demak. *South East Asia Nursing Research*, 1(1), 7-13. <https://doi.org/10.26714/seanr.1.1.2019.7-13>
- Iruestea, P., Guatrocib, M., Pachecoc, S., & Delfederico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 1(41), 11-18. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44>
- Júnior, T. T. N., Queiroz, A. A. R., Carvalho, E. A., Silva, C. J. A., Elias, T. M. N., & Menezes, R. M. P. (2023). Clinical and sociodemographic profile of users with chronic diseases in primary health care. *Enfermeria Global*, 22(1), 271-282. <https://doi.org/10.6018/eglobal.512211>
- Lee, E., & Park, E. (2017). Comportamento de autocuidado e fatores relacionados em idosos com hipertensão não controlada. *Contemporary Nurse*, 53(6), 607-621. <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1368401>
- Lorig, K. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601\\_01](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01)
- Lubian, L., & Bossardi, C. N. (2018). Revisão sistemática sobre a eficácia de estratégias não farmacológicas no tratamento da ansiedade: uso da musicoterapia e da acupuntura. *Revista Brasileira de Tecnologia Sociais*, 5(1), 10-21. <https://doi.org/10.14210/rbts.v5n1.p10-21>
- Ludwig, M. W. B., Dutra, N. S., Boff, R. M., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. S., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2021). Protocolo de Intervenção Baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para Síndrome Metabólica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37(1), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>
- Machado, R. H. L., & Souza, J. R. (2021). Pacientes mulheres com câncer de mama metastático: impacto do diagnóstico e estratégias de enfrentamento. *Brasilia Medica*, 59(1), 1-23. <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2022v59a246>

- Magalhães, C. P., Fernandes, H., & Afonso, C. (2021). A sexualidade na pessoa idosa: combatendo mitos e estereótipos. *Universidade da Madeira: Centro de Desenvolvimento Académico*, 1(1), 1-11. <http://hdl.handle.net/10198/23672>
- Marques, A. P., Szwarcwald, C. L., Pires, D. C., Rodrigues, J. M., Almeida, W. S., & Romero, D. (2020). Factors associated with arterial hypertension: a systematic review. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(6), 2271-2282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26972018>
- Medeiros, M., R. S., Souza, Y. R. S., Souza, T. A., Silva, I. T. S., & Silva, J. A. (2021). A influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com Diabetes mellitus. *Research, Society and Development*, 10(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14113>
- Mees, W. B. (2022). *Manifestações patológicas mais comuns na construção civil: análise em unidades de saúde no município de anápolis-go* (Trabalho Conclusão de Curso, Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia). Repositório Instituto Federal Goiás. <http://repositorio.ifg.edu.br:8080/handle/prefix/1365>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In Meleis, A. I. (Ed.) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). Springer Publishing Company, LLC. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. M. (2021). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egíptia Scientia*, 1(28), 91-107. <https://doi.org/10.46691/es.vi.101>
- Monteiro, S. M. F., & Guimarães, C. A. (2020). Abordagem clínica perante desequilíbrio da autoestima. *Perspectivas em Psicologia*, 23(2), 160 - 178. <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasepsicologia/article/view/52226>
- Monterroso, L. E. P., Sá, L. O., & Joaquim, N. M. T. (2018). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>
- Montes, J. V. L., Linhares, C. B., Sousa, N. A., Marques, J. V. S., Lima, J. S., & Teixeira, T. C. (2019). Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no hiperdia. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 18(1), 31-39. <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i1.1303>
- Muñoz-flórez, A, & Cortés. O. (2016). Impacto de la entrevista motivacional en la adherencia de pacientes diabéticos inactivos a la actividad física: estudio piloto de un ensayo clínico EMOACTIF - DM. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 263-281. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59963>
- Nascimento, M. M. (2019). Queda em adultos idosos: considerações sobre a regulação do equilíbrio, estratégias posturais e exercício físico. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 13(2), 103-110. <https://doi.org/10.5327/z2447-211520191800062>
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos* (7nd ed.). Artmed.

- Norma nº 005/2022 da Direção Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico sistemático do pé diabético. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/normas-e-orientacoes1.aspx>
- Norma nº 020/2011 da Direção Geral da Saúde. (2013). Hipertensão arterial: definição e classificação. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/09/28/hipertensao-arterial-definicao-e-classificacao/>
- Nunes, J. A., Ferraz, M. S. T., Azevedo, E. H. M., & Guimarães, M. F. (2020). Risco de disfagia e qualidade de vida em idosos saudáveis. *Distúrbios da Comunicação*, 32(3), 454-461. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Revista ROL Enfermagem*, 41(11/12), 319-324. <http://hdl.handle.net/10400.26/31749>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ordem dos Enfermeiros lança browser Ontologia de Enfermagem*. [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Paulino, E. F. R., Lopes, R. S., Santos, G. B., Silva, K. L., Lima, G. C. R., Chagas, C. S. O., Vieira, C. H. A., Ribeiro, A. A., Nicolosi, J. T., & Rodrigues, M. R. K. (2022). Percepção da sexualidade na pessoa idosa, oportunidade de educação para a sociedade: estudo de revisão. *Research, Society and Development*, 11(6), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28601>
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388. [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000200017](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200017)
- Pereira, A. S. E., Costa, D., Penido, R., da Silveira Batista, A. N., Calheiros, A., Vasconcelos Ferreira, G., Walsh Tavares, J., de Marins, R. B., & Jotha Messias, Y. (2017). Fatores de risco e complicações de doenças crónicas não transmissíveis. *Ciência e Saúde*, 10(4), 213-219. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.4.26446>
- Pereira, M. C., Reis, M. A., Filha, F. S. S. C., Fidelis, A., Souza, T. V., Silva, R. C., Bezerra, M. L. R., Macedo, C. S., Filho, I. M. M., & Gondim, M. C. (2020). Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(4), 1-15. <https://doi.org/10.25248/reas.e2614.2020>
- Pinto, I. C., & Martins, D. (2017). Prevalence and risk factors of arterial hypertension: A literature review. *Journal of Cardiovascular Medicine and Therapeutics*, 1(2), 1-7. <https://www.alliedacademies.org/cardiovascular-medicine-therapeutics/>
- Plano Nacional de Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Pordata. (2023a). *População residente: total e por grandes grupos etários (%)*. [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+\(percentagem\)-3018-253437](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+(percentagem)-3018-253437)
- Pordata. (2023b). *População residente com 16 a 64 anos e 65 a 89 anos: por nível de escolaridade completo mais elevado*. [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266)
- Presilia, I., Haryanto, J., & Astuti, P. (2020). Factors associated with perceived family support among elderly with hypertension. *International Journal of Nursing and Health Services*, 3(1), 26-32. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i1.178>

- Prio. (2023). *Cinco cuidados que debes ter com a botija de gás em casa*. [https://www.prio.pt/pt/cuidados-com-gas-em-casa\\_236.html?idb=573](https://www.prio.pt/pt/cuidados-com-gas-em-casa_236.html?idb=573)
- Kerber, V. L., Cornicelli, M. V., Mendes, A. B., Antunes, M. D., Milani, R. G., & Bertolini, S. M. M. G. (2017). Promoção da motricidade e saúde mental dos idosos: um estudo de revisão. *Saúde e Pesquisa*, 10(2), 357-364. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n2p357-364>
- Rato, M. S. F. N. (2019). *Vivências dos familiares da pessoa com demência: papel do enfermeiro de família* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Repositório Científico do Politécnico da Guarda. <http://hdl.handle.net/10314/4709>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Relvas, A. P. (1996). *Ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. (2 nd ed.). Edições Afrontamento.
- Relvas, S. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36(2), 59-73. <https://orcid.org/0000-0002-4011-3849>
- Ribeiro, I., Pires, R., Serqueira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, L. C., Gonçalves, P., & Coelho, J. (2021). *Entrevista clínica: documento de apoio*. Escola de Enfermagem do Porto. <https://moodle.esenf.pt>
- Ribeiro, M. R. (2023). *Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: mais conhecimento, melhor saúde* (Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório comum do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/45412>
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidity in portugal: results from the first national health examination survey. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30-37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Roxo, F., & Santiago, L. M. (2022). Doentes hipertensos com acompanhamento adequado: tendência entre os anos 2017 a 2020 em Portugal. *Revista Portuguesa Hipertensão e risco Cardiovascular*, 1(89), 8-14. <https://www.sphta.org.pt/pt/base7/15>
- Santos, U. C. L., Lima, A. C. S., Macedo, J. N., & Biazussi, H. M. (2020). Vulnerabilidade psicológica e transtorno de ansiedade generalizada: do diagnóstico ao tratamento de ansiedade generalizada. *Facit Business and Technology Journal*, 16(2), 104-117. <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/issue/view/39>
- Schaper, N.C., Bus, S. A., Monteiro-Soares, M., Netten, L. L., Apelqvist, J., Fitridge, R., Game, F., & Senneville, E. (2023). *IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease*. IWGDF guideline. <https://iwgdfguidelines.org/guidelines-2023/all-guidelines-2023/>
- Sequeira, C. A. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

- Silva, M. A. N. C. G. M. M. (2016). *Enfermagem de família: contextos e processos em cuidados de saúde primários* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/84294>
- Silva, P. C., Gonçalves, A. K., & Helena, D. P. S. (2020). Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. In E. C. Sampaio (Ed.), *Envelhecimento humano: desafios contemporâneos* (pp. 204-218). Editora Científica. <https://doi.org/10.37885/978-65-87196-38-1>
- Silva, G. M., Rocha, M. L. M., Gianolla, F., Machado, G. A. C., Killian, L. F., & Machado, O. A. S. (2020). Efeito do exercício físico sobre as alterações pressóricas e glicêmicas em idosos. *Revista Biociências*, 26(1), 11-23. <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/3138/1975>
- Silva, J. P., Crepaldi, M. P., & Bousfield, A. B. S. (2021). Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), 125-140. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Silveira, M. M., & Portuguese, M. W. (2018). Desempenho cognitivo e motor manual de idosos. *Psico*, 49(3), 249-256. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6676243>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Diabetes: fatos e números* (1nd ed.). Letra Solúvel. <https://www.spd.pt/#/>
- Souza, A. C., Kümpel, C., Oliveira, I. M., Porto, E. F., Castro, A. A. M., & Bernardo, K. M. A. (2018). Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 7(1), 361-373. <https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.1235>
- Steffen, P. L. S., Silva, D. D. F., Mendonça, C. S., & Meyer, E. (2022). Entrevista motivacional no cuidado em hipertensão e diabetes mellitus na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. In E. B. Silva (Ed.), *Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde* (pp. 70-88). Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição. <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/demaispublicacoes/livromestrado2022.pdf>
- Teixeira, J. (2018). Quando morrem as metáforas vivas e nascem as metáforas mortas: a receção no processo metafórico. In A. Almeida, A. Domingues & E. S. Santos (Ed.), *Linguística cognitiva: redes de conhecimento d'aquém e d'além-mar* (pp.139-159). Editora da Universidade Federal da Bahia. <http://hdl.handle.net/1822/57704>
- Teixeira, R., Batista, B., Correia, C. I. S., Rosário, H. & Chaves, C. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187-203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Tomada de Posição nº 01/2023 da Ordem dos Enfermeiros (2023). Referencial em enfermagem de saúde familiar. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em saúde mental: da conceção à ação*. Escola Superior de Saúde de Leiria. <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- Umbelino, A. B. (2003). Positive connotation: a short story about the myth. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(2), 13-29. [https://doi.org/10.1300/J085v14n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J085v14n02_02)
- WHO. (2020a). Zoonoses. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses>

- WHO. (2020b). *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- WHO. (2022). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2023a). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- WHO. (2023b). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Williams, L., & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38(4), 535-554. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12096>
- Willoughby, B. J., & Leonhardt, N. D. (2020). Behind closed doors: individual and joint pornography use among romantic couples. *The Journal of sex research*, 57(1), 77 - 91. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1541440>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (2nd ed.). Editora Roca LTDA.
- Valdevite, P. B., Kosour, C., Elisei, L. M. S., Castro, F. E., L. M., Silva, A. M., & Reis, L. M. (2018). Benefícios da atividade física em idosos do projeto de extensão vida ativa/UNATI. *Fisioterapia Brasil*, 19(4), 472-479. <https://doi.org/10.33233/fb.v19i4.1284>
- Varela, V., Fernandes, S. L., Rocha, S., Almeida, D. B., Trindade, I., Romão, M., & Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da unidade de saúde familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 33(1), 178-186. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i3.12160>
- Velde, D. V., Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open*, 9(7), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
- Vellinho, L. P. B. (2019). *Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: proposta de instrumento para consulta de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense). Repositório Institucional UFF. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/13037>
- Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Minho). Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/55867>
- Zatloukal, L., Žákovský, D., & Bezdíčková, E. (2019). Utilizing metaphors in solution-focused therapy. *Contemporary Family Therapy*, 41(1), 24-36. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8>
- Zordan, E. P., Dellatorre, R. & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Revista Perspectiva Erechim*, 36(136), 133-142. [https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136\\_314.pdf](https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf)



## ANEXOS

## ANEXO 1 - Matriz documental de avaliação e intervenção familiar

**Matriz documental de avaliação e intervenção à família**

**A- DIMENSÃO ESTRUTURAL**

**Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)**

--

**Dado avaliativo: Tipo de Família** *(Assinalar com uma X)*

Família nuclear	Coabitação
Família reconstruída	Família Institucional
Família monoparental	Comuna
Monoparental liderada pelo homem	Unipessoal
Monoparental liderada pela mulher	Alargada
Outro <i>(especificar)</i>	

**Dado avaliativo: Família Extensa**

Nome (igual assinalado no genograma)	Tipo Contacto	Intensidade de Contacto	Função das relações
_____	<input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Carta/e-mail <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Companhia Social <input type="checkbox"/> Apoio Emocional <input type="checkbox"/> Guia cognitivo e conselhos <input type="checkbox"/> Ajuda material e de serviço <input type="checkbox"/> Acesso a novos contactos
_____	<input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Carta/e-mail <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Companhia Social <input type="checkbox"/> Apoio Emocional <input type="checkbox"/> Guia cognitivo e conselhos <input type="checkbox"/> Ajuda material e de serviço <input type="checkbox"/> Acesso a novos contactos

### Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

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

### NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ 9	4 ▲ 7	3	I CLASSE ALTA DATA: _/ _/ _
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaço e confortável	- Bom local	10 ▲ 13	8 ▲ 10	4 ▲ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA: _/ _/ _
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ 17	11 ▲ 13	7 ▲ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ 21	14 ▲ 16	10 ▲ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabituação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ 25	17 ▲ 20	13 ▲ 15	V CLASSE BAIXA DATA: _/ _/ _

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

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

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

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

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

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

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

**Focos/Áreas De Atenção**

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

Se Rendimento Familiar Insuficiente:

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

<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i></b>

<b>Foco</b>	<b>A.2- Edifício Residencial</b>
<b>Atividade Diagnóstica</b> Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar)</li> <li>- Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i></li> <li>- Higiene da Habitação Presente/Não Presente</li> <li>- Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i></li> <li>- Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i></li> </ul>
<b>CrITÉRIOS diagnÓsticos</b>	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado.  <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
<b>Diagnóstico</b>	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

**Se Edifício Residencial Negligenciado:**

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviço social (técnica de serviço social)
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)
	Orientar a família para serviços sociais
<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	

<b>Avaliação de resultados das intervenções</b> <i>(repetir conforme necessário)</i>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>

**Se Edifício Residencial Não Seguro:**

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
<b>Diagnóstico</b>	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

<b>Foco</b>	<b>A.3- Precaução de Segurança</b>
<b>Atividade Diagnóstica</b> Avaliar Precaução de Segurança	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i>  - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar:  - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas  - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento (central, lareira, ar condicionado, etc.)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>

	- Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento (canalizado ou botija)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
<b>Diagnóstico</b>	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Se Precaução de Segurança não Demonstrada:

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
	Orientar para serviços da comunidade
<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b> <i>(repetir conforme necessário)</i>	<b>Data</b>
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
<b>Diagnóstico</b>	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

<b>Foco</b>	<b>A.4- Abastecimento de Água</b>
<b>Atividade Diagnóstica</b> Avaliar Abastecimento de Água	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i>  - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i>  <i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano</li> </ul> </li> <li>- No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com / Sem Controlo da qualidade da água</li> </ul> </li> <li>- No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade</li> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água</li> </ul> </li> </ul>
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Abastecimento de Água Não Adequado</b> , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <b>NÃO</b> é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
<b>Diagnóstico</b>	<b>Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)</b>

Se Abastecimento de Água Não Demonstrado:

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água
<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
<b>Diagnóstico</b>	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

<b>Foco</b>	<b>A.5- Animal doméstico</b>
<b>Atividade Diagnóstica</b>	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i>
Avaliar Animal Doméstico	- Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i>

	<p>- Existência / Ausência de Vacinação</p> <p>- <u>Se Ausência de vacinação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico</li> </ul> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade</li> </ul> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <p>- Existência / Ausência de Desparasitação</p> <p>- <u>Se ausência de desparasitação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico</li> </ul> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade</li> </ul> <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <p>- <u>Outros dados:</u></p> <p><i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i></p>
<b>Critérios diagnósticos</b>	<p><u>Animal doméstico negligenciado</u>, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou</p> <p>[(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>
<b>Diagnóstico</b>	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Se Animal Doméstico Negligenciado:

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

<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

## B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

<b>Foco</b>	<b>B.1- Satisfação conjugal</b>	
<b>Dimensão</b>	<b>B.1.1- Relação Dinâmica</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	<b>Atividade diagnóstica e resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	<b>Atividade diagnóstica</b>	<b>Resultados</b>

<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<u>Relação dinâmica disfuncional</u> se: Um dos itens se situar no Não	
<b>Subdiagnóstico</b>	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
<b>Dimensão</b>	<b>B.1.2- Comunicação</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	<b>Atividade diagnóstica e resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Crítérios diagnósticos</b>	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
<b>Subdiagnóstico</b>	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
<b>Dimensão</b>	<b>B.1.3- Interação Sexual</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>		

	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	<b>Atividade diagnóstica e resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Critérios diagnósticos</b>	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
<b>Subdiagnóstico</b>	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
<b>Dimensão</b>	<b>B.1.3- Função Sexual</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	<b>Atividade diagnóstica e resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Critérios diagnósticos</b>	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
<b>Subdiagnóstico</b>	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
<b>Foco</b>	<b>B.1. Satisfação Conjugal</b>	
<b>Critérios diagnósticos</b>	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Relação dinâmica disfuncional e/ou</li> <li>● Comunicação Não Eficaz e/ou</li> <li>● Interação Sexual Não Adequada e/ou</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação Sexual Comprometida</li> </ul>
<b>Diagnóstico:</b>	<b>Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (eliminar o que não se adequa)</b>

Se Satisfação Conjugal Não Mantida:

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planear rituais familiares
	Motivar para atividades em conjunto
	Ensinar sobre sexualidade
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
	Orientar para serviços médicos
	Orientar para terapia familiar
	Orientar para serviços (psicologia)
<b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b>	
<b>Avaliação de resultados das intervenções</b>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida (eliminar o que não se adequa)</b>

### C- DIMENSÃO FUNCIONAL

<b>Membro da família dependente (selecionar com X)</b>	
<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> NÃO	

Dados avaliativos se membro da família dependente <b>SIM</b> (selecionar com X)							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							

Se o prestador de cuidados não for membro da família:	Instruído ou iletrado	
	Profissão	
	Contacto	

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

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
<b>Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
<b>Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

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

o Autocuidado Vestuário	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	

<p>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</p>	<p><b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b>  Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</p>	<p>C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado  <b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física  <b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b>  Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</p>	<p>C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico  <b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico  <b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b>  Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</p>	<p>C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância  <b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância  <b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b>  Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração</p>	<p>C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos  <b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos  <b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

o de medicamentos		
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se:</b> Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
<b>Subdiagnóstico</b>	<b>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)</b>	
<b>Dimensão</b>	<b>C.1.2- Comportamentos de Adesão</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	<u>Fundamentação</u>	
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p> <p><b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p> <p><b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</p> <p><b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p> <p>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p>	<p>C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p> <p><b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><b>Atividade Diagnóstica do item</b></p>	<p>C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância</p> <p><b>Atividade diagnóstica</b></p>	<p><b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>

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

	<i>narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s)</i>	
	<b>Escala de Zarit</b>	Nome do Membro da Família: Resultado:
		Nome do Membro da Família: Resultado:
		Nome do Membro da Família: Resultado:
<b>Subdiagnóstico</b>	<b>Saturação do Papel Sim/Não (<i>eliminar o que não se adequa</i>)</b>	

<b>Foco</b>	<b>C.1- Papel Prestador de Cuidados</b>
<b>Crítérios diagnósticos</b>	<b>Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou</li> <li>• Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou</li> <li>• Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim</li> </ul>
<b>Diagnóstico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (<i>eliminar o que não se adequa</i>)</li> </ul>

Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado:

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo

	<p>Treinar PC sobre a higiene do cabelo</p> <p>Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p> <p>Instruir PC sobre técnica de fanerotomia</p> <p>Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>

**Atividades que concretizam as intervenções (ACI):**

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

**DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR**

**Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe**

TOTAL	
<b>150-200:</b> Menor probabilidade de incidência doenças	
<b>200-300:</b> 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica	
<b>&gt; 300:</b> 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.	

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

Se SIM, especificar:		
<b>Papéis Familiares</b>		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Consenso do Papel		
Se NÃO, especificar:		
Conflitos do Papel		
Se SIM, especificar:		
Saturação do Papel		
Se SIM, especificar:		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Consenso do Papel		
Se NÃO, especificar:		
Conflitos do Papel		
Se SIM, especificar:		
Saturação do Papel		
Se SIM, especificar:		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Consenso do Papel		
Se NÃO, especificar:		
Conflitos do Papel		
Se SIM, especificar:		
Saturação do Papel		
Se SIM, especificar:		
4. Quem desempenha Papel Recreativo? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Consenso do Papel		
Se NÃO, especificar:		
Conflitos do Papel		
Se SIM, especificar:		
Saturação do Papel		
Se SIM, especificar:		

5. Quem desempenha Papel de Parente? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Consenso do Papel		
Se NÃO, especificar:		
Conflitos do Papel		
Se SIM, especificar:		
Saturação do Papel		
Se SIM, especificar:		
<b>Influência e Poder</b>		
Quem é o membro com maior poder na família? _____		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
<b>Alianças e Uniões</b>		
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		

<b>DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - PERCEÇÃO DOS MEMBROS</b>				
<b>Apgar Familiar De Smilkstein</b>				
<b>Resultado</b>	<b>Membros da família</b>			
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional				
Família com moderada disfunção				
Família com disfunção acentuada				

<b>DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - CRENÇAS FAMILIARES</b>	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	

Intervenção dos profissionais de saúde	

<b>Foco</b>	<b>C.2- Processo Familiar</b>	
<b>Dimensão</b>	<b>C.2.1- Comunicação Familiar</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Critérios diagnósticos</b>	<b>Comunicação Familiar Não Eficaz se:</b> Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
<b>Subdiagnóstico</b>	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
<b>Dimensão</b>	<b>C.2.2- Coping Familiar</b>	
<b>Atividade Diagnóstica do item</b>	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	<b>Atividade diagnóstica</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>	<b>Resultados</b> <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

Atividade Diagnóstica do item  <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Critérios diagnósticos	<p><b>Interação de Papéis Não Eficaz se:</b> Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM</p> <p><b>Interação de Papéis Familiares Conflitual se:</b> Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>	
Subdiagnóstico	<p>Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p> <p>Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item  <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item  <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item  <u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados  <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Funcionalidade da Família</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<b>Critérios diagnósticos</b>	<p align="center"><b>Relação Dinâmica Disfuncional se:</b></p> <p>A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) - Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros &lt;3 (família com disfunção acentuada)</p>	
<b>Subdiagnóstico</b>	<b>Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

<b>Foco</b>	<b>C.2- Processo Familiar</b>
<b>Critérios diagnósticos</b>	<p><b>Processo Familiar Disfuncional se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicação Não Eficaz e/ou</li> <li>● Coping Familiar Não Eficaz e/ou</li> <li>● Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou</li> <li>● Relação Dinâmica Disfuncional</li> </ul>
<b>Diagnóstico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional</li> </ul> <p><i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

Se Processo Familiar Disfuncional:

<b>Resultados Desejados</b>	<i>(colocar texto livre)</i>
<b>Intervenções Sugeridas</b> <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planear rituais familiares Otimizar padrão de assertividade
	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família
	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel

	<p>Avaliar saturação do papel</p> <p>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família</p> <p>Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)</p> <p>Requerer Serviço Social</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Promover o suporte da família</p> <p>Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p> <hr/> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Avaliar os conflitos do Papel</p> <p>Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família</p> <p>Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)</p> <p>Requerer Serviço Social</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Promover o suporte da família</p> <p>Requerer serviços de saúde (Psicologia)</p> <hr/> <p>Otimizar padrão de ligação</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Promover o envolvimento da família</p> <p>Otimizar a comunicação na família</p> <p>Otimizar padrão de ligação</p>
<p><b><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></b></p>	
<p><b>Avaliação de resultados das intervenções</b></p>	
<p><i>(Especificar as atividades de avaliação)</i></p>	<p><i>(colocar resultados/dados)</i></p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

## ANEXO 2 - Instrumentos de avaliação familiar

### Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

28	Mudança nas condições de vida	25	
29	Alteração dos hábitos pessoais	24	
30	Problemas com o patrão	23	
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20	
32	Mudança de residência	20	
33	Mudança de escola	19	
34	Mudança de diversões	18	
35	Mudança de atividades religiosas	19	
36	Mudança de atividades sociais	18	
37	Contrair uma pequena dívida	17	
38	Mudança nos hábitos de sono	16	
39	Mudança no número de reuniões familiares	15	
40	Mudança nos hábitos alimentares	15	
41	Férias	13	
42	Natal	12	
43	Pequenas transgressões à lei	11	
	TOTAL		
<b>150-200: Menor probabilidade de incidência doenças</b>			
<b>200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica</b>			
<b>&gt; 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.</b>			

### APGAR familiar de *Smilkstein*

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Selecione com um X na opção quase sempre, algumas vezes ou quase nunca para cada afirmação.

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

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Avaliação Final:

7 a 10 - Família altamente funcional

4 a 6 - Família com moderada disfunção

0 a 3 - Família com disfunção acentuada

### ANEXO 3 - Escala de Zarit

## Escala de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

Nunca [1]      Quase nunca [2]      Às vezes [3]      Muitas vezes [4]      Quase sempre [5]

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					

Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

<b>Score</b>	<b>Sobrecarga</b>
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

## ANEXO 4 - Prestação de cuidados às famílias

## Prestação de cuidados às famílias

A prestação de cuidados à família 4, 5, 6 e 7 é apresentada, de forma resumida, com a identificação das forças identificadas e dos dados colhidos durante a avaliação inicial da família que permitiu identificar as suas necessidades (diagnóstico de enfermagem). De seguida, são descritas as intervenções de enfermagem, as atividades que as concretizaram (ACI) e a avaliação dos resultados.

### Família 4

#### 1. Avaliação inicial da família

A família 4 é uma família monoparental cujo agregado familiar é constituído pela D. M com 69 anos de idade, mãe de Sr. R que tem 47 anos de idade. O Sr. R. sempre viveu com a mãe. De seguida são apresentados os dados da área de atenção que permitiram identificar as necessidades.

#### Processo familiar:

Na avaliação da interação de papéis foi possível verificar que existia saturação do papel cuidado doméstico, embora existisse consenso e não existisse conflito. Ao contrário dos outros papéis, este era assumido apenas pela D. M. e, sendo que existia uma exigência no seu trabalho diário na área de tarefas domésticas, considerou ser cansativo também fazer tudo em casa. Desde a primeira consulta, a D. M. manifestava omalgia esquerda por tendinite em estudo. A senhora referia que as dores aumentavam ao longo do tempo e em dias de maior esforço. Embora a D. M. arrumasse o quarto do filho, por sua própria iniciativa, referiu desconforto e ansiedade quando necessita de arrumar o quarto do filho porque ele tinha material de fotografia exposto. O Sr. R. participava em várias atividades, como os escuteiros e um grupo de fotografia, além de trabalhar 40 horas por semana, limitando o tempo para as tarefas domésticas em casa.

#### Forças da Família:

##### Dimensão estrutural:

- Rendimento familiar não insuficiente
- Edifício residencial seguro
- Edifício residencial não negligenciado
- Precaução de segurança demonstrada

- Abastecimento de água adequado
- Animal doméstico não negligenciado

Dimensão de desenvolvimento:

- Papel parental adequado

Dimensão funcional:

- Processo familiar (comunicação eficaz, *coping* familiar eficaz, interação de papéis não conflitual, relação dinâmica não disfuncional)

## 2. Diagnóstico de enfermagem

A família apresentou, enquanto diagnóstico, o processo familiar não eficaz (interação de papéis não eficaz).

## 3. Intervenções de enfermagem e atividades que concretizam as intervenções

No seguinte quadro são apresentadas as intervenções, as ACI e os resultados no âmbito do processo familiar (Interação de papéis).

QUADRO 13: Prestação de cuidados à família 4 no âmbito do processo familiar

	Intervenções	ACI	Resultados
Interação de papéis não eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a saturação do papel</li> <li>- Promover comunicação expressiva de emoções</li> <li>- Promover envolvimento da família</li> <li>- Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família</li> <li>- Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família</li> </ul>	Questões circulares de escala Questões lineares Questões reflexivas Questões hipotéticas Questões circulares comportamentais Reenquadramento	Manifestaram consciencialização da limitação física da D. M. para executar as tarefas domésticas. O Sr. R. passou a arrumar o seu quarto todas as semanas.

## 4. Avaliação dos resultados

Os membros da família construíram estratégias para que o Sr. R. arrumasse o seu quarto e a D. M. não sentisse a necessidade de o fazer. Os membros da família demonstraram mudança e uma nova organização do sistema familiar no que concerne à interação de papéis, no entanto, todas as tarefas de cuidado doméstico continuaram a ser da responsabilidade da D. M. e manteve a sensação de sobrecarga.

## Família 5

### 1. Avaliação inicial da família

Família nuclear, constituída pelos elementos do casal, o Sr. C. com 77 anos de idade e a D. P. com 74 anos de idade. A D. P. tinha, como diagnóstico, DM tipo 1, HTA, perturbação depressiva e obesidade. O Sr. M. tinha, como diagnóstico, demência desde 2020 e HTA. O senhor demonstrou períodos de desorientação no espaço, na pessoa e no tempo, colocando em causa a segurança da família e de si mesmo (por exemplo, mexer no quadro elétrico). Os elementos do casal tinham duas filhas. Tanto a filha mais velha quanto a filha mais nova decidiram romper a relação, e, apesar de os pais terem um vínculo forte com ambas, a filha mais velha raramente estava com eles, uma vez que a filha mais nova assumia o papel de prestadora de cuidados. De seguida são apresentados os dados nas áreas de atenção que permitiram identificar as necessidades.

#### Papel prestador de cuidados:

A D. P. apresentava dependência em autocuidado na higiene, vestuário, ir ao sanitário, atividade física, gestão do regime terapêutico, autovigilância e autoadministração de medicamentos. O Sr. M. apresentava dependência em gestão do regime terapêutico, autovigilância e autoadministração de medicamentos. Os elementos da família viviam sozinhos e a filha era a pessoa que prestava todos os cuidados desde há quatro anos. Na sua ausência, o Sr. M. prestava os cuidados à esposa que não era de forma eficaz (não trocava a fralda à D. P. e não realizava alternância de decúbito durante a noite). A filha, enquanto prestadora de cuidados, demonstrou conhecimento sobre todas as áreas do cuidar, no entanto, não apresentava comportamento de adesão para a promoção de atividades recreativas adequadas e para a promoção do padrão de exercício físico adequado. Os membros da família manifestaram existir discordância sobre as decisões tomadas nos cuidados prestados, como a contratação de pessoas externas para apoio nos cuidados e a aceitação do descanso do cuidador (consenso do papel não), promovendo a conflitos constantes e, por conseguinte a saturação do papel enquanto prestador de cuidados.

#### Processo familiar:

A D. P. foi considerada ser a pessoa que mais expressava os sentimentos (humor depressivo e choro constante) e os membros da família não estavam satisfeitos nem aceitavam a forma de expressar os sentimentos, pois tinha impacto pouco favorável no ambiente familiar. Quando comunicavam referiam ser claros e diretos sobre o que diziam, embora o Sr. M. demonstrasse dificuldade em compreender ou transmitir a informação devido ao diagnóstico de demência.

Não se encontravam satisfeitos da forma como comunicavam porque apresentavam discórdia de ideias e desejos, tendo um impacto pouco favorável na família.

A filha era a pessoa que identificava os problemas e tinha iniciativa para os resolver e, embora existisse discussão com a D. P. sobre os problemas, não estavam satisfeitos com a forma como o faziam e como solucionaram os problemas (necessidade do descanso do cuidador e não aceitarem outras pessoas como prestador de cuidados; não existir colaboração da D. P. para participar na fisioterapia ou nas atividades recreativas, promovendo o aumento da dependência; a D. P. permanecia no leito todo o dia; a D. P. apresentava uma úlcera por pressão devido à ausência de prestador de cuidados no período da noite; o Sr. M. não demonstrava competência ou conhecimento na prestação de cuidados à esposa).

#### Forças da família:

##### Dimensão estrutural:

- Rendimento familiar não insuficiente
- Edifício residencial seguro
- Edifício residencial não negligenciado
- Precaução de segurança demonstrada
- Abastecimento de água adequado

##### Dimensão funcional:

- Papel prestador de cuidados (conhecimento do papel demonstrado)
- Processo familiar (interação de papéis eficaz, interação de papéis não conflitual, relação dinâmica não disfuncional)

## **2. Diagnóstico de enfermagem**

A família apresentou, enquanto diagnósticos, o papel de prestador de cuidados não adequado (comportamento de adesão não demonstrado, consenso do papel não, conflitos do papel sim e saturação do papel sim) e processo familiar disfuncional (comunicação não eficaz e *coping* familiar não eficaz).

## **3. Intervenções de enfermagem, atividades que concretizam as intervenções e resultados**

No seguinte quadro são apresentadas as intervenções, as ACI e os resultados no âmbito do papel prestador de cuidados (saturação do papel, conflito do papel, consenso do papel e comportamento de adesão) e do processo familiar (*coping* familiar).

QUADRO 14: Prestação de cuidados à família 5 no âmbito do papel prestador de cuidados e processo familiar

	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>Resultados</b>
Saturação do papel NÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover comunicação expressiva de emoções</li> <li>- Avaliar saturação do papel</li> <li>- Promover estratégias de coping para o papel</li> </ul>	<p>Questões circulares de escala</p> <p>Questões circulares hipotéticas</p> <p>Questões reflexivas</p> <p>Questões lineares</p> <p>Conotação Positiva</p> <p>Metáfora</p>	<p>Aplicado a escala de <i>Zarit</i> com resultado de sobrecarga intensa que promoveu a reflexão sobre a sobrecarga e em que áreas.</p> <p>A filha utilizou estratégias adaptativas para poder ir a um concerto à noite com o meu marido e filha.</p>
<p>Consenso do papel NÃO</p> <p>Conflito do papel SIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover comunicação expressiva das emoções</li> <li>- Ensinar sobre a progressão da demência</li> <li>- Promover a Consciencialização sobre a progressão da demência</li> <li>- Motivar para a redefinição dos papéis dos membros da família</li> <li>- Negociar a redefinição dos papéis dos membros da família</li> <li>- Orientar para serviços sociais</li> </ul>	<p>Questões circulares comportamentais</p> <p>Questões circulares de escala</p> <p>Questões lineares</p> <p>Questões hipotéticas</p> <p>Conotação positiva</p> <p>Metáfora</p> <p>Reenquadramento</p>	<p>Os elementos da família exprimiram as emoções e refletiram sobre o impacto que tinha nos restantes elementos.</p> <p>Existiu consciencialização individual sobre as limitações físicas e emocionais de cada elemento aos papéis que desempenhavam.</p> <p>Foi promovido o envolvimento do médico de família para a requisição de serviços sociais.</p>
Comportamento de adesão não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar o prestador de cuidados a promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente.</li> </ul>	<p>Questões circulares de escala</p> <p>Questões lineares</p> <p>Conotação positiva</p> <p>Ritual familiar</p>	<p>No domingo, realizaram um almoço em conjunto e foram todos juntos ao pátio com duração de trinta minutos, promovendo uma atividade recreativa.</p>
<i>Coping</i> familiar não eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover estratégias adaptativas</li> <li>- Negociar estratégias adaptativas</li> </ul>	<p>Questões circulares comportamentais</p> <p>Questões lineares</p> <p>Questões hipotéticas</p> <p>Questões triade</p>	<p>A filha começou a ir à casa dos pais à noite para prestar cuidados à D. P. durante uma hora.</p>

#### 4. Avaliação dos resultados

Existiu modificação em alguns itens das diferentes dimensões das áreas de atenção, no entanto, não se verificou modificação positiva dos diagnósticos formulados. As intervenções permitiram a co-elaborar estratégias em função de algumas necessidades que promoveram a mudança e uma nova organização do sistema familiar.

## Família 6

### 1. Avaliação inicial da família

A família 6 é uma família nuclear, constituída por dois elementos do casal, o Sr. J. com 69 anos de idade, casado com a D. F. que tem 67 anos de idade. Ambos têm um filho em comum que não vivia com eles, cujo o vínculo era forte. O filho passou a viver com os pais, exigindo obras em casa, em maio de 2023, que promoveram mudanças na organização da família (transição acidental). Por este motivo, sentiram a necessidade de adiar algumas consultas. De seguida, são apresentados os dados da área de atenção que permitiram identificar as necessidades.

#### Satisfação conjugal:

Os elementos do casal manifestaram que o aumento de trabalho devido às obras, o *stress* e ansiedade de as concluir, estava a afetar o tempo que passam juntos enquanto casal.

#### Forças da Família:

##### Dimensão estrutural:

- Rendimento familiar não insuficiente
- Edifício residencial seguro
- Edifício residencial não negligenciado
- Precaução de segurança demonstrada
- Abastecimento de água adequado
- Animal doméstico não negligenciado

##### Dimensão de desenvolvimento:

- Satisfação conjugal (comunicação eficaz)

##### Dimensão funcional

- Processo familiar não disfuncional

### 2. Diagnóstico de enfermagem

A família apresentou, enquanto diagnóstico, satisfação conjugal não mantida (relação dinâmica disfuncional).

### 3. Intervenções de enfermagem, atividades que concretizam as intervenções e resultados

No seguinte quadro são apresentadas as intervenções, as ACI e os resultados no âmbito da satisfação conjugal.

QUADRO 15: Prestação de cuidados à família 6 no âmbito da satisfação conjugal

	<b>Intervenções</b>	<b>ACI</b>	<b>Resultados</b>
Relação dinâmica disfuncional	<ul style="list-style-type: none"><li>- Planejar Rituais familiares</li><li>- Motivar para atividades em conjunto</li></ul>	Ritual Familiar Conotação positiva Questões circulares comportamentais Questões reflexivas Questões circulares de escala Questões lineares.	Realizaram um dia de atividade recreativa planeada em consulta.

### 4. Avaliação dos resultados

Os elementos do casal realizaram a atividade em conjunto enquanto casal como programado, existindo a modificação positiva do diagnóstico de enfermagem na satisfação conjugal mantida.

## Família 7

### 1. Avaliação inicial da família

A família é constituída pelo Sr. F com 69 anos de idade e a D. R. com 64 anos de idade, que têm três filhos em comum. O Sr. A., filho mais novo, vive com os pais em semanas alternadas com a sua filha de um relação conjugal anterior. Nas semanas que não está na região com a filha, vive noutra zona do país onde tem uma relação conjugal com a D. C e uma filha em comum. Em todas as consultas estiveram presentes os elementos do casal. De seguida, são apresentados dados que permitiram formular os diagnósticos, por área de atenção.

#### Satisfação conjugal:

Os elementos do casal manifestaram não estar satisfeitos com o seu padrão de sexualidade por não existir relações sexuais e não apresentavam conhecimento sobre o que é a sexualidade. O Sr. F. manifestou que a sexualidade estava comprometida desde o surgimento da disfunção erétil depois da prostatectomia realizada em 2020 por neoplasia maligna da próstata. Os elementos da família consideravam que apenas podiam vivenciar a sexualidade com recurso à presença do coito no ato sexual.

#### Forças na família:

##### Dimensão estrutural:

- Rendimento familiar não insuficiente
- Edifício residencial seguro
- Edifício residencial não negligenciado
- Precaução de segurança demonstrada
- Abastecimento de água adequado

##### Dimensão de desenvolvimento:

- Satisfação conjugal (relação dinâmica não disfuncional e comunicação eficaz)

##### Dimensão funcional:

- Processo familiar não disfuncional

### 2. Diagnóstico de enfermagem

A família apresentou, enquanto diagnóstico, satisfação conjugal não mantida (interação sexual não adequada e função sexual comprometida).

### 3. Intervenções de enfermagem, atividades que concretizam as intervenções e resultados

No seguinte quadro são apresentadas as intervenções, as ACI e os resultados no âmbito da satisfação conjugal.

QUADRO 16: Prestação de cuidados à família 7 no âmbito da satisfação conjugal

	Intervenções	ACI	Resultados
Interação sexual não adequada	- Ensinar sobre a sexualidade	Questões lineares Questões reflexivas Questões circulares hipotéticas Questões circulares de escala Questões circulares comportamentais	Os elementos do casal manifestaram perceber o que é a sexualidade e a implicação na satisfação do relacionamento e manifestaram-se satisfeitos com o padrão da sexualidade.
Função sexual comprometida	- Ensinar sobre as complicações da pós-prostatectomia; - Orientar para serviços médicos. - Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para satisfação sexual; - Motivar o uso de estratégias não farmacológicas para satisfação do desejo sexual.	Questões lineares; Questões circulares hipotéticas.	Os elementos do casal manifestaram compreender as complicações associadas à cirurgia e concordaram ser importante abordar o médico especialista sobre o assunto antes de experimentar estratégias não farmacológicas.

#### 4. Avaliação dos resultados

Os elementos do casal apresentaram modificação positiva no conhecimento sobre a sexualidade e manifestaram satisfação com o padrão da sexualidade, existindo modificação positiva na interação sexual adequada. Todavia, a consulta com médico especialista seria em julho de 2023 e, por isso, não foi possível realizar nova consulta após a orientação médica.

## ANEXO 5 - Indicadores de ganhos em saúde

## Indicadores de ganhos em saúde

No seguinte quadro são apresentadas as fórmulas para o cálculo das diferentes taxas utilizadas são adaptadas do projeto desenvolvido por Figueiredo et al. (2012).

QUADRO 17: Indicadores de ganhos em saúde.

Indicador	Fórmula
<b>Dimensão Estrutural</b>	
TAF	N°. de famílias avaliadas na <u>composição familiar</u> / N° total de famílias X 100 N°. de famílias avaliadas no <u>tipo de família</u> / N° total de famílias X 100 N°. de famílias avaliadas em <u>família extensa</u> / N° total de famílias X 100 N°. de famílias avaliadas em <u>sistemas mais amplos</u> / N° total de famílias X 100 N°. de famílias avaliadas em <u>classe social</u> / N° total de famílias X 100 N° de famílias avaliadas em (área de atenção da dimensão estrutural) / N° total de famílias X 100
TP	N°. de famílias com (diagnóstico da dimensão estrutural) / N° total de famílias X 100
TMPED	N°. de famílias com diagnóstico positivado (área de atenção da dimensão estrutural) / N° total de famílias com (diagnóstico da dimensão estrutural) x 100
<b>Dimensão de Desenvolvimento - satisfação conjugal</b>	
TAF	N°. de famílias avaliadas em <u>satisfação conjugal</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100
TP	N°. de famílias com <u>satisfação conjugal não mantida</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100 N°. de famílias com <u>Relação dinâmica disfuncional</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100 N°. de famílias com <u>comunicação não eficaz</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100 N°. de famílias com <u>interação sexual não adequado</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100 N°. de famílias com <u>função sexual comprometida</u> / N° total de famílias com subsistema conjugal X 100
TMPED	N°. de famílias com diagnóstico positivado em <u>satisfação conjugal</u> / N° total de famílias com <u>satisfação não mantida</u> x 100 N°. de famílias com diagnóstico positivado em <u>relação dinâmica</u> / N° total de famílias com <u>Relação dinâmica disfuncional</u> x 100 N°. de famílias com diagnóstico positivado em <u>comunicação</u> / N° total de famílias com <u>comunicação não eficaz</u> x 100 N°. de famílias com diagnóstico positivado em <u>Interação sexual</u> / N° total de famílias com <u>interação sexual não adequado</u> x 100 N°. de famílias com diagnóstico positivado em <u>função sexual</u> / N° total de famílias com <u>função sexual comprometida</u> x 100

<b>Dimensão de Desenvolvimento - papel parental</b>	
TAF	Nº. de famílias avaliadas em <u>papel parental</u> /Nº total de famílias com subsistema parental X 100
TP	<p>Nº. de famílias com <u>papel parental não adequado</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>conhecimento do papel não demonstrado</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>comportamento de adesão não demonstrado</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p> <p>Nº. de famílias <u>com consenso do papel Não</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p> <p>Nº. de famílias <u>com conflito do papel Sim</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p> <p>Nº. de famílias <u>com saturação do papel Sim</u>/Nº total de famílias com subsistema parental X 100</p>
<b>Dimensão Funcional - papel prestador de cuidados</b>	
TAF	Nº. de famílias avaliadas em <u>papel prestador de cuidados</u> /Nº total de famílias com membro dependente X 100
TP	<p>Nº. de famílias com <u>papel prestador de cuidados não adequado</u>/Nº total de famílias com membro dependente X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>comportamento adesão não demonstrado</u>/Nº total de famílias com membro dependente X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>consenso papel não</u>/Nº total de famílias com membro dependente X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>conflito papel sim</u>/Nº total de famílias com membro dependente X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>saturação papel sim</u>/Nº total de famílias com com membro dependente X 100</p>
TMPED	<p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>papel prestador de cuidados</u>/Nº total de famílias com <u>papel prestador de cuidados não adequado</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>conhecimento do papel</u>/Nº total de famílias com <u>conhecimento do papel não demonstrado</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>comportamento de adesão</u>/Nº total de famílias com <u>comportamento adesão não demonstrado</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>consenso papel</u>/Nº total de famílias com <u>consenso papel não</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>conflito papel</u>/Nº total de famílias com <u>conflito papel sim</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>saturação papel</u>/Nº total de famílias com <u>saturação papel sim</u> x 100</p>
<b>Dimensão funcional - processo familiar</b>	
TAF	Nº. de famílias avaliadas em <u>processo familiar</u> /Nº total de famílias X 100

TP	<p>Nº. de famílias com <u>processo familiar disfuncional</u>/Nº total de famílias X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>comunicação familiar não eficaz</u>/Nº total de famílias X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>coping familiar não eficaz</u>/Nº total de famílias X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>interação papéis não eficaz</u>/Nº total de famílias X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>interação papéis conflitual</u>/Nº total de famílias X 100</p> <p>Nº. de famílias com <u>relação dinâmica disfuncional</u>/Nº total de famílias X 100</p>
TMPED	<p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>processo familiar</u>/Nº total de famílias com <u>processo familiar disfuncional</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>comunicação familiar</u>/Nº total de famílias com <u>comunicação familiar não eficaz</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>coping familiar</u>/Nº total de famílias com <u>coping familiar não eficaz</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>interação papéis</u>/Nº total de famílias com <u>interação papéis não eficaz</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <u>interação papéis</u>/Nº total de famílias com <u>interação papéis conflitual</u> x 100</p> <p>Nº. de famílias com diagnóstico positivado em relação dinâmica/Nº total de famílias com <u>relação dinâmica disfuncional</u> x 100</p>
<p>TAF [Taxa de Avaliação Familiar]; TP [Taxa de Prevalência]; TMPED [Taxa de Modificação Positiva do Estado de Diagnóstico].</p>	

## ANEXO 6 - Plano de formação

## Plano de formação

**Título:** Documentação no programa de saúde da família sobre a dimensão estrutural e funcional (papel do prestador de cuidados)

**Objetivo geral:** Contribuir para um sistema de cuidados à família aos diferentes níveis de prevenção.

### Objetivos específicos:

- Promover uma cultura organizacional de formação e de prática;
- Promover o uso sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados da saúde familiar;
- Promover a organização dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde da família;
- Contribuir para uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção.

**Atividade:** Realização de uma ação de formação sobre a documentação no programa de saúde da família do *Sclínico* com recurso à matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no âmbito da avaliação na dimensão estrutural e funcional (papel de prestador de cuidados).

**População alvo:** Equipa de enfermagem.

No seguinte quadro são descritos os objetivos e as estratégias por etapas de formação.

QUADRO 18: Descrição dos objetivos e estratégias de cada etapa da formação em serviço

Etapas	Objetivo	Estratégias
Etapa 1: Diagnóstico da situação	Identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem sobre a documentação no programa “Saúde da Família” do <i>Sclínico</i> .	- Elaboração de um questionário de diagnóstico de situação; - Aplicação do questionário de diagnóstico de situação; - Análise dos resultados.
Etapa 2: Desenvolvimento da formação em serviço	Planear a ação de formação	- Realização do plano de sessão; - Elaboração da folha de participantes; - Realização da apresentação; - Realização de um manual orientador para registo de informação no programa “Saúde da Família” do <i>Sclínico</i> .

<p>Etapa 3: Execução da formação em Serviço</p>	<p>Dotar a equipa de enfermagem de competências para a documentação sobre a avaliação da dimensão estrutural da família no âmbito do programa de saúde da família do <i>Sclinico</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição da apresentação.</li> </ul>
<p>Etapa 4: Avaliação dos resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho do formador, a organização da ação e sugestões de melhoria;</li> <li>- Identificar os conhecimentos após ação de formação</li> <li>- Identificar as competências adquiridas através da documentação elaborada pela equipa de enfermagem após três semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um instrumento de avaliação da ação de formação.</li> <li>- Aplicação do instrumento de avaliação da ação de formação.</li> <li>- Aplicação do mesmo questionário inicial para avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Elaboração de um instrumento com <i>check list</i> sobre a documentação no programa de saúde da família.</li> <li>- Preenchimento do documento <i>check list</i> três semanas após a formação</li> </ul>

De seguida, é apresentado no quadro 19 o cronograma das atividades para a formação em serviço.

QUADRO 19: Cronograma das atividades por etapas da formação em serviço

Cronograma do plano da formação					
Etapas	Atividades	Março	Abril	Maio	Junho
Etapa 1	Elaboração de um instrumento de colheita de dados	De 28	a 12		
	Aplicação do instrumento de colheita de dados			1 a 12	
	Análise dos resultados			1 a 12	
Etapa 2	Realização do plano de sessão			8 a 14	
	Elaboração da folha de participantes		18		
	Realização da apresentação			8 a 17	
	Realização de um manual orientador		De 1	a 17	
Etapa 3	Execução da formação em serviço			18	
Etapa 4	Elaboração de um instrumento de avaliação da ação de formação		18		
	Aplicação do instrumento de avaliação da ação de formação			18	
	Elaboração de um instrumento com <i>check list</i> sobre a documentação no programa de saúde da família			15 a 27	
	Aplicação do instrumento de avaliação da ação de formação			18	
	Aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos				1 a 13
	Preenchimento do documento com a <i>check list</i>				13

## ANEXO 7 - Questionário de diagnóstico de situação

## Diagnóstico da situação para a formação profissional

Este questionário tem como objetivo conhecer as necessidades formativas individuais de cada profissional no sentido de programar e adaptar a Formação em Serviço que será realizada pela Enfermeira Maria João Silva no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Todas as respostas e dados partilhados são confidenciais.

Nome: \_\_\_\_\_

### Parte I

Selecione, por favor, com uma X em SIM ou NÃO para cada pergunta e responda às perguntas abertas com base nas suas respostas anteriores.

	SIM	NÃO
1. Já conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu <u>NÃO</u> à pergunta anterior, tem interesse em conhecer o MDAIF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Teve formação em Enfermagem de Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, em que contexto?		
<input type="checkbox"/> Contexto académico		
<input type="checkbox"/> Formação contínua formal		
<input type="checkbox"/> Auto-formação		
3. Tem conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” no <i>Sclinico</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costuma documentar no programa “Saúde da Família” no <i>Sclinico</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se não, quais os motivos que o levam a não o fazer:		
<input type="checkbox"/> As formações que participei não foram esclarecedoras		
<input type="checkbox"/> Ausência de formação sobre o tema		
<input type="checkbox"/> Não conhecer o programa de saúde "Saúde da Família"		
<input type="checkbox"/> Sobrecarga de tarefas		
<input type="checkbox"/> Não é obrigatório documentar no programa "Saúde da Família"		

- Não tenho formação em avaliação e intervenção familiar
- Não identifico vantagens em documentar no programa "Saúde da Família"
- Não sabia que o programa de saúde "Saúde da Família" existia
- Ausência de disponibilidade em consulta

5. Que vantagens identifica na documentação no programa "Saúde da Família" no *Sclínico*? Selecione com uma X.

- Conhecer melhor a família
- Permite orientar para a prática de enfermagem reflexiva
- Transmissão de informação entre equipa multidisciplinar e entre outras organizações de saúde
- Contribui para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem
- Permite melhorar a tomada de decisão
- Produção de indicadores que permitem a visibilidade dos cuidados de enfermagem
- Fonte de pesquisa científica
- Não identifico vantagens

6. Sabe como extrair a sua lista de famílias por morada?

## PARTE II

Selecione, por favor, com uma X na pontuação de 1 a 7 para responder às seguintes questões.

1. Tendo em consideração a sua perceção acerca do seu grau de competência, de 1 a 7, onde 1 - nada competente e 7 - muito competente, como pontua a sua competência no sentido de abordar a família enquanto cliente?

1	2	3	4	5	6	7

2. Tendo em consideração a sua prática clínica, de 1 a 7, onde 1 - nada necessário e 7 - Muito necessário, como constata a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem às famílias?

1	2	3	4	5	6	7

3. Tendo em consideração a sua percepção acerca do seu grau de competência, de 1 a 7, onde 1 - nada competente e 7 - muito competente, como pontua a sua competência para a documentação no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

4. Na sua percepção, de 1 a 7, onde 1 - Nada importante e 7 - Muito importante, o quanto considera importante a documentação sobre a avaliação da dimensão estrutural da família no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

5. Na sua percepção, de 1 a 7, onde 1 - Nada importante e 7 - Muito importante, o quanto considera importante a documentação sobre a avaliação da dimensão funcional no que concerne ao papel de prestador de cuidados no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

6. Numa escala de 1 a 7, onde 1 - Nada motivado e 7 - muito motivado, o quanto classifica a sua motivação para realizar a documentação no programa “Saúde da Família”?

1	2	3	4	5	6	7

### PARTE III

Selecione, por favor, com uma X em V (Verdadeiro) ou F (Falso) para cada afirmação.

	V	F
1. A família é o contexto onde a pessoa está inserida. <u>Correção:</u> A família é considerada uma unidade sistémica com capacidade de auto-organizativa.		X
2. A saúde de um elemento da família afeta o funcionamento familiar que, por sua vez, influencia a saúde de cada um dos membros.	X	
3. Os cuidados de enfermagem à família centram-se no indivíduo, promovendo mudança na família. <u>Correção:</u> os cuidados de enfermagem à família centram-se na família enquanto cliente.		X
4. A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção da capacitação da família para a resolução dos seus problemas, sendo o enfermeiro de família facilitador dessas soluções.	X	
5. A matriz operativa do MDAIF é constituída por quatro dimensões de avaliação. <u>Correção:</u> A matriz operativa do MDAIF é constituída por três dimensões de avaliação.		X
6. A escala de <i>Graffar</i> permite identificar a posição social.	X	
7. A família reconstruída consiste num casal em que, pelo menos, um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento.	X	
8. A avaliação da precaução de segurança é realizada através das “Intervenções de Diagnóstico”. <u>Correção:</u> A avaliação da precaução de segurança é realizada através “Foco de Atenção”		X
9. Avaliar o abastecimento de água é uma “intervenção de diagnóstico” importante de ser sempre realizada. <u>Correção:</u> Avaliar o abastecimento de água é uma intervenção de diagnóstico importante a realizar sempre que a família utilizar água da rede privada para consumo próprio.		X
10. O programa “Saúde da Família” está adicionado no âmbito do utente e da família.	X	
11. APGAR é uma escala que permite avaliar o funcionamento familiar.	X	
12. Avaliar o <i>stress</i> do cuidador permite identificar a sobrecarga do cuidador informal e prevenir complicações associadas.	X	
13. Sobre o papel prestador de cuidados deve ser sempre avaliado o papel prestador de cuidados, o suporte social e o <i>stress</i> do prestador de cuidados.	X	

## ANEXO 8 - Plano de sessão

## Plano de Sessão

**Tema:** Programa Saúde da Família do *Sclinico*: documentação da avaliação familiar

**Data:** 18 de Maio de 2023

**Hora:** 12:30 horas

**Duração:** 1:00 hora

**Público-alvo:** equipa de enfermagem

**Recursos:** Computador, projetor multimédia e sala de reuniões.

**Objetivo geral:** Adquirir conhecimento e competência para a documentação da informação clínica das famílias no programa “Saúde da Família” do *sclinico* sobre a avaliação da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados).

Momento	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégia		Método	Tempo
			Atividades	Recursos		
Introdução	- Divulgar o tema e os objetivos da sessão	- Apresentação do formador; - Divulgação do tema e motivação dos participantes - Divulgação dos objetivos da sessão	- Exposição oral pela formadora.	Computador e projetor multimédia	Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio)	5 min
	- Identificar a família enquanto unidade de cuidados - Identificar as dimensões da	- Conceitos centrais do (MDAIF)(Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de	- Exposição oral pelo formador; - Debate e análise de	Computador e projetor multimédia	- Interrogativo - Expositivo (exposição oral	

<p><b>Desenvolvimento</b></p>	<p>matriz operativa do MDAIF;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentar a avaliação das famílias no programa Saúde da Família;</li> <li>- Aumentar a autopercepção da competência para a documentação no programa Saúde da Família sobre a avaliação da família;</li> <li>- Aumentar a percepção sobre a importância da documentação da avaliação da família no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados);</li> <li>- Conhecer o método de extrair a lista de famílias por enfermeiro de família;</li> </ul>	<p>Enfermagem à Família);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matriz operativa do MDAIF;</li> <li>- Documentação da avaliação das famílias no âmbito da dimensão estrutural e funcional (papel prestador de cuidados) no programa Saúde da Família do <i>Sclinico</i>;</li> <li>- Extração da lista de família por morada do <i>Sclinico</i>;</li> </ul>	<p>um estudo de caso.</p>		<p>com recurso a slides de apoio)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ativo</li> </ul>	<p>40 min</p>
<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistematizar a sessão;</li> <li>- Programar com os formandos a documentação sobre a avaliação de uma família cujo um membro tem o programa “Dependência” ativo num período de três semanas;</li> <li>- Avaliar a percepção dos participantes sobre a sessão de formação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos conteúdos;</li> <li>- Abordar com os participantes os critérios para documentar a avaliação de uma família e o período de execução.</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Encerramento da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição oral pelo formador;</li> <li>- Esclarecer as dúvidas;</li> <li>- Definir objetivos com os formando para formalizar a documentação de uma família da sua lista.</li> </ul>	<p>Computador e projetor multimédia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo (exposição oral)</li> <li>- Ativo</li> </ul>	<p>15 min</p>

## **ANEXO 9 - Instrumento de avaliação da ação de formação**

### Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Programa Saúde da Família do *Sclinico*: documentação da avaliação familiar

**Data:** 18/05/2023 | **Formadora:** Maria João Silva

A sua opinião sobre esta ação que terminou é muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito” conforme a sua opinião.

A - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					
B - FORMADOR/A	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões					
Relacionamento com os/as formandos/as					
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas					
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões					
C - ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc...)					
Carga horária da sessão					
D - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento					
Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas					

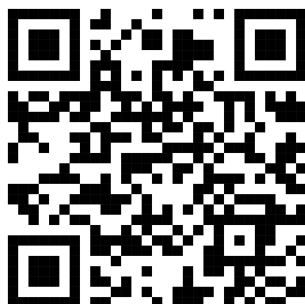
Obrigada pela atenção.

**ANEXO 10 - Manual orientador para a documentação no programa saúde da família**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**MANUAL ORIENTADOR PARA OS ENFERMEIROS SOBRE A DOCUMENTAÇÃO NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO *SCLINICO***



Elaborado por:

Maria João Ferreira da Silva

Porto, 2023

## ANEXO 11 - Lista de validação para avaliação de competências

## Lista de verificação da documentação no Programa “Saúde da Família”

Lista do enfermeiro \_\_\_\_\_

Confirmado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Itens para documentação	Verificação da documentação		
	Sim	Não	Não se aplica
<b>Dimensão Estrutural</b>			
Habitação (Processo Familiar)			
Escala de Graffar (Processo Familiar)			
C. Duvall (Processo Familiar)			
Tipo de Família (Processo Familiar)			
Risco Familiar Garcia Gonzalez (Processo Familiar)			
Risco Familiar Segovia Dreyer (Processo Familiar)			
Escala de APGAR			
Avaliação Familiar Inicial			
Avaliar habitação (Se Graffar Grau 4 ou 5 e/ou Higiene má ou razoável)			
Avaliar abastecimento de água (Se rede privada para consumo próprio e sem controlo de qualidade)			
Avaliar gestão de rendimento (Se Graffar Grau 4 ou 5 ou se gestão de rendimento não demonstrada)			
Avaliar conhecimento sobre animal doméstico			
Precaução de segurança (Se barreiras arquitetônicas e/ou tem aquecimento)			
<b>Dimensão Papel Prestador de Cuidados</b>			
Avaliar papel prestador de cuidados (Foco de Atenção: Papel Prestador de Cuidados)			
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta			
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta			
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta			
Avaliar o prestador de cuidados para administrar medicamentos (Foco de atenção: Auto-administração de medicação)			

Avaliar o prestador de cuidados para alimentar através da sonda nasogástrica (Foco de atenção: Alimentar-se)			
Avaliar o prestador de cuidados para prevenir a rigidez articular (Foco de atenção: Anquilose)			
Avaliar o prestador de cuidados para estimular a cognição (Foco de atenção: Cognição)			
Avaliar o prestador de cuidados para estimular memória a curto prazo (Foco de atenção: memória a curto prazo)			
Avaliar o prestador de cuidados para estimular a memória a longo prazo (Foco de atenção: memória a longo prazo)			
Avaliar o prestador de cuidados sobre a alucinação			
Avaliar o prestador de cuidados sobre a diabetes (Foco de Atenção: Metabolismo Energético)			
Avaliar o prestador de cuidados sobre o regime terapêutico (Foco de Atenção: Gestão do regime Terapêutico)			
Avaliar o cuidador para tratar da ostomia de alimentação (Foco de Atenção: Autocuidado)			
Avaliar o cuidador para tratar da ostomia de eliminação (Foco de Atenção: Autocuidado)			
Avaliar o cuidador para tratar da ostomia respiratória (Foco de Atenção: Autocuidado)			
Avaliar <i>stress</i> do prestador de cuidados (Foco de atenção: <i>Stress</i> do Prestador de cuidados)			
Avaliar suporte			

## **ANEXO 12 - Certificados de participação em eventos científicos**



CIPS

19-21 de abril de 2023  
Auditório da ESSNorteCVP

VI Conferência  
Internacional de  
Investigação em Saúde

## Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral “Fatores da Sexualidade que Influenciam a Satisfação Conjugal: uma Scoping Review”** da autoria de Maria João Ferreira da Silva, Carla Alexandra Silva Alves, Marta Pinheiro de Oliveira, Susana Mónica Almeida Silva e Maria Henriqueta Figueiredo foi apresentada por Maria João Ferreira da Silva na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP



Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID



Prof. Doutora Liliana Mota

---

Organização:

**ESS+ UJ**  
Escola Superior de Saúde Norte  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA  
Unidade de Investigação  
& Desenvolvimento

## NURSID SPRING SCHOOL 2023

### DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria João Silva** proferiu o painel com o tema *Avaliação e Intervenção em Famílias com Membro Idoso Portador de Doenças Crónicas* no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar integrado na NursID Spring School 2023, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



# ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

XV Encontro do Dia Internacional da Família:  
Famílias e mudanças demográficas



# Certificado

Certifica-se que a comunicação oral "**Sexualidade e satisfação conjugal: síntese da evidência**", do(s) autor(es) Marta Pinheiro de Oliveira, Maria João Ferreira da Silva, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, Carla Alexandra Silva Alves e Susana Mónica Almeida da Silva, enquadrada no eixo temático *Promoção da saúde familiar*, foi apresentada por *Maria João Ferreira da Silva*, no âmbito do **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

